

Opinnäytetyö (AMK)
Fysioterapeuttikoulutus
2020

Suvi Routasuo, Vilma Suvanto

AVUSTA AKTIVOIDEN

– Opas AVH-potilaan omaiselle kuntoutumisen
tueksi

Suvi Routasuo ja Vilma Suvanto

AVUSTA AKTIVOIDEN

- Opas AVH-potilaan omaiselle kuntoutumisen tueksi

Aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 henkilöä ja heistä neljännes on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyryryhmä ja niihin kuolee vuosittain noin 5000 henkilöä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen voidaan nähdä potilaan maailmaa ja kehonkuvaa romahduttavana kokemuksena. Fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn muutokset koskettavat potilaan lisäksi myös hänen läheisiään. Tutkimustiedon mukaan omaiset kokevat jäävänsä vaille tiedollista tukea liittyen läheisen sairastumiseen ja kamppailevat osaamattomuutensa kanssa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Omaisten konkreettisen avun ja emotionaalisen tuen on katsottu lisäävän potilaan sitoutumista hoitoon ja vähentävän sairastumiseen liittyviä haitallisia kokemuksia, minkä vuoksi on tärkeää ottaa huomioon omaisten rooli AVH-potilaan kuntoutuksessa ja arjen toiminnoista selviytymisessä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli konstruktivistisen kehittämistyön kautta tuottaa AVH-potilaan omaisille konkreettisia työkaluja siihen, mitä omaisen tulee ottaa huomioon kuntoutuksen etenemisen kannalta sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja miten omainen voi omalla toiminnallaan turvallisesti tukea sairastuneen läheisen itsenäistä toimintakykyä. Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Salon terveyskeskussairaalan osastolle, jossa oli herännyt tarve kyseisen oppaan saamiseksi. Oppaan sisältö muodostui ammattikirjallisuuden ja ajankohtaisen tutkimustiedon perusteella, pitäen mielessä ajatuksen siitä, mitä fysioterapeuttisia keinoja myös omaiset voisivat hyödyntää osana AVH-potilaan arjen toiminnoissa avustamista.

Opas sisältää ensin lyhyet ja yksinkertaiset kuvaukset aivoverenkiertohäiriöön liittyvistä fyysisistä ja neuropsykologisista oireista, joiden avulla omaisen on helpompi ymmärtää sairastuneen läheisen muuttunutta toimintakykyä. Aivoverenkiertohäiriöön liittyvän kirjallisen informaation lisäksi oppaassa esitellään konkreettisia kuvallisia ohjeita afasian, neglect-oireiston, siirtymisten avustamisen ja halvaantuneen yläraajan käsittelyn tueksi omaisen toiminnan näkökulmasta.

ASIASANAT:

Aivoverenkiertohäiriö, kuntoutus, omainen, kotiutuminen, opas

Suvi Routasuo and Vilma Suvanto

ASSIST BY ACTIVATING

- An illustrated guide for the immediate relative of an individual suffering from a cerebrovascular disorder to support rehabilitation

About 14 000 people in Finland suffer from cerebrovascular disorders every year and a quarter of them are in working life. Cerebrovascular disorders are the third most common cause of death affecting around 5000 people each year. Cerebrovascular disease can be seen as a devastating experience affecting the individual's body image and view of life. The changes in physical, mental and cognitive function affect not only the individual himself/herself but also their loved ones. According to the research data, the loved ones often feel that they lack enough information to support the individual who has fallen ill and thus struggle with their incompetence in assisting them with daily activities after returning home from the hospital. The help and emotional support of an immediate relative has been seen to increase the patient's engagement in care and reduce adverse experiences related to the illness. This is important to consider while rehabilitating cerebrovascular disorders and coping with everyday activities.

The purpose of this thesis was to provide concrete tools to the immediate relative of a patient suffering from cerebrovascular disorders through a constructive development work. The focus was in providing information about what the immediate relative should take into account throughout the rehabilitation process and how they can safely support the patient's independent functioning after returning home from the hospital. The thesis was carried out as an assignment to the ward of the Salo Health Center Hospital, where the need for such a guide had arisen.

The content of the guide was formed on the basis of professional literature and current research data, keeping in mind the idea of which physiotherapeutic means could also be used by the immediate relative of the patient as part of assisting the patient in everyday activities. The guide includes brief and simple descriptions of the physical and neuropsychological symptoms associated with cerebrovascular disorders, helping the loved ones understand the altered functioning of the affected person. In addition to written information related to the illness, the guide presents concrete illustrated guidelines to support the rehabilitation of Aphasia, neglect syndrome, ambulation assistance as well as treatment and handling of the paralyzed upper limb.

KEYWORDS:

Cerebrovascular disorder, rehabilitation, immediate relative, return to home, guide.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT	8
3.1 AVH:n monet eri kasvot	8
3.2 Vaaratekijät ja ehkäisy	9
4 MUUTTUVA TOIMINTAKYKY	11
4.1 Motoriset häiriöt ja haitat	12
4.1.1 Halvaantuneen olkapään kiputilat	13
4.1.2 Halvaantuneen käden turvotus	14
4.2 Kognitiiviset häiriöt ja haitat	15
4.3 Päivittäisten toimintojen haitat	16
4.4 Masennus ja muut mielialahäiriöt	17
5 AVH-POTILAAN KUNTOUTUS	18
5.1 Afasia – mitä se on, kun ei saa sanottua	18
5.2 Neglect – tuntemattomasta tutuksi	20
5.3 Mieli harjoittelun tukena	22
5.4 Halvaantuneen yläraajan käsittely ja kivunhoito	23
5.5 Avustamisen ergonomia	24
6 OMAISET AVH-POTILAAN TUKENA	26
6.1 Omaisen rooli kuntoutuksessa	26
6.2 Omaisten tiedollinen tukeminen	29
7 TARPEESTA TUOTTEEKSI – OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
7.1 Kehittämistyö menetelmänä	32
7.2 Käytännön toteutus	33
7.2.1 Aloitusvaihe – tarpeesta ideaksi	33
7.2.2 Suunnitteluvaihe – hankeidean kirkastaminen	34
7.2.3 Toteutusvaihe – ideasta oppaaksi	35
7.2.4 Tarkistus- ja viimeistelyvaihe	36
7.3 Tiedonkeruumenetelmät	37

8 LOPUKSI	39
8.1 Valittujen menetelmien luotettavuus ja opinnäytetyön eettisyys	39
8.2 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset	40

LÄHTEET	43
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1: Avusta aktivoiden – opas AVH-potilaan omaiselle kuntoutumisen tueksi

KUVAT

Kuva 1: Koonti toimintakyvyn osa-alueiden häiriöistä ja haitoista.....	11
Kuva 3: Mukaillen aivoverenkiertohäiriön ICF-ydinlistan lyhyt versio (Geyh ym. 2014, 138–139).	28
Kuva 4: Kehittämistoiminnan konstruktivistinen malli mukaillen (Salonen 2013.)	33

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 henkilöä ja heistä neljännes on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyyryhmä ja niihin kuolee vuosittain noin 5000 henkilöä. Maailmalla aivoverenkiertohäiriöihin kuolee vuosittain noin 4,7 miljoonaa ihmistä ja se on toiseksi yleisin kuolinsyy. Noin 70% eloonjääneistä AVH potilaista pystyy toimimaan itsenäisesti tai avustettuna myöhemmin kotonaan ja viidennes palaa työelämäänsä. Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan noin 85 000 aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta. Väestön elinajan pidentyminen voi vuoteen 2030 mennessä kaksinkertaistaa sairastuneiden määrän, ellei ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa saavuteta huomattavaa edistystä. (Kaste ym. 2012, 271.)

Aivoverenkierron häiriöön sairastumisella voi olla vakavia seurauksia potilaan fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Näiden vaikutukset eivät kuitenkaan pelkästään kosketa sairastunutta, vaan myös hänen omaisiaan. (Visser-Meily ym. 2006, 1557–1558.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kuvitettu opas tukemaan aivoverenkiertohäiriökuntoutujan omaisia kotiinpaluun hetkellä. Oppaan tarkoitus oli tuottaa konkreettisia työkaluja siihen, mitä omaisen tulee ottaa huomioon kuntoutuksen tukemisen ja etenemisen kannalta.

Opinnäytetyössämme halusimme nostaa esille omaisen roolin tärkeyden AVH-potilaan kuntoutumisessa. Omaisten tiedollisen ohjauksen merkitys ja potilaan toimintakyvyn tukeminen hänen omassa kotiympäristössään olivat keskeisiä asioita. Tätä näkökulmaa tukevat myös Purolan (2012), Salosen (2010) ja Cameron ym. (2008) tekemät tutkimukset, jotka käsittelevät omaisten kokemusta AVH-potilaan hoidosta.

Opinnäytetyö ja opas on tehty fysioterapeuttisesta sekä kuntouttavasta näkökulmasta, minkä perusteella hoidollinen näkökulma on rajattu pois. AVH-kuntoutujan hoidosta ja kuntoutuksen pääpiirteistä on julkaistu useita opinnäytetöitä, mutta AVH-kuntoutujan toimintakyvyn tukemista hänen omassa kotiympäristössään ei ole käsitelty olemassa olevissa opinnäytetöissä riittävässä määrin.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme toteutettiin toimeksiantona Salon kaupungin terveystieteiden sairaalan vuodeosasto 1:lle. Terveystieteiden sairaalassa on kolme osastoa: osastot 1 ja 2, jotka sijaitsevat pääterveysaseman yhteydessä ja TK5 geriatrinen arviointiyksikkö TYKS Salon sairaalan tiloissa. Osasto 1 on erikoistunut neurologisten kuntoutuspotilaiden ja tulehdustautien hoitoon ja kuntoutukseen. 45-paikkaiselle vuodeosastolle kuntoutujat ohjautuvat erikoissairaanhoidosta tai päivystyksestä, sekä jonkin verran omalääkärin lähetteellä. (Salon kaupunki 2019.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kuvitettu opas tukemaan aivoverenkiertohäiriökuntoutujan omaisia kotiinpaluun hetkellä. Oppaan tarkoitus on tuottaa konkreettisia työkaluja siihen, mitä omaisen tulee ottaa huomioon kuntoutuksen tukemisen ja etenemisen kannalta.

Tarve kyseiselle oppaalle nousi esille Salon terveystieteiden sairaalan AVH-palaverissa. Halusimme antaa sairaalasta kotiutuville kuntoutujille ja heidän omaisilleen apua kotiinpaluuseen ja siellä selviytymiseen. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa yksilön fyysisessä sekä psyykkisessä toimintakyvyssä suuriakin muutoksia, jotka omaisen tulisi jatkossa osata huomioida kommunikoidessaan ja liikkuessaan AVH-kuntoutujan kanssa. Esimerkiksi kotiympäristössä tehtävät parannukset ovat yksinkertainen tapa tukea kuntoutujan toimintakykyä. Saattaa olla, että kodin tavaroiden ja huonekalujen järjestystä kannattaa muuttaa ja raivata tilaa uusille apuvälineille.

3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on aivoverenkierron tilapäinen tai pysyvä tila, joka aiheuttaa motorisia, kognitiivisia ja kielellisiä sekä sensorisia ongelmia. Aivoverenkiertohäiriöt voidaan jaotella kahteen erityyppiseen tilaan aivoissa. Nämä tilat ovat paikallisen aivokudoksen verettömyys eli iskemia ja paikallisen aivovaltimon verenvuoto eli hemorragia. Nämä kaksi edellä mainittua jaetaan edelleen seuraavasti: iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin, joita ovat ohimenevä iskeeminen kohtaus (TIA) ja aivoinfarkti, sekä valtimovuotoihin, joihin kuuluu valtimovuoto aivoaineeseen eli aivoverenvuoto sekä valtimovuoto lukinkalvonalaiseen tilaan eli subaraknoidaalivuoto (SAV). (Kaste ym. 2012, 271–272.; Kauranen 2018, 344.)

3.1 AVH:n monet eri kasvot

Aivoverenkiertohäiriöillä on useita klinisiä ilmenemismuotoja, joista tavallisin ilmentymä on toispuolihalvaus. Toispuolihalvaus voi olla osittainen, jolloin siitä käytetään nimitystä hemipareesi tai se voi olla täydellinen, jolloin nimitys on hemiplegia. Käytännössä aivoverenkiertohäiriöpotilas voidaan luokitella neljään erilaiseen perustyyppiin. Ensimmäinen näistä on TIA-potilas, joka on usein tutkimushetkellä oireeton, mutta hänellä on voinut aiemmin ilmetä ohimeneviä neurologisia oireita ja löydöksiä. Toinen tyyppi on aivoinfarktipotilas, jolla on tutkimushetkellä neurologisia oireita ja löydöksiä aivoinfarktin seurauksena. Kolmantena on aivoverenvuotopotilas, jolla esiintyy tutkimushetkellä neurologisia oireita ja löydöksiä, jotka ovat seurausta aivokudokseen vuotaneesta verestä. Neljäntenä tyyppinä on SAV-potilas, jolla esiintyy neurologisia oireita ja löydöksiä aivokalvojen ärsytystilasta, kuten esimerkiksi niskajäykkyyttä, mutta useimmiten heillä ei esiinny halvauksia. (Kaste ym. 2012, 272.)

On tärkeää, että selvitetään infarktin ja vuodon etiologia ja mihin tyyppiin henkilö kuuluu, koska sillä on tärkeä merkitys pyrittäessä estämään sairauden uusiutuminen. Suomessa suurin osa, noin 80%, aivoverenkiertohäiriöistä on aivoinfarkteja, noin runsas 10% aivoverenvuotoja ja alle 10% lukinkalvonalaisia vuotoja. Joissain tilanteissa tarkempi diagnoosi jää kuitenkin puuttumaan. Aivoverenkiertohäiriö on vakava sairaus ja vielä vakavammaksi sen tekee se, että siitä hengissä selvinneistä puolelle jää tulevaisuutta ajatellen pysyvä haitta, joka voi olla esimerkiksi halvaus, afasia tai muu kognitiivinen häiriö. (Kaste ym. 2012, 272.)

3.2 Vaaratekijät ja ehkäisy

Lisääntyneeseen riskiin saada aivoverenkiertohäiriö liittyvät yleensä myös muut sairaudet tai fysiologiset asiat, kuten verenpainetauti tai korkea verensokeri. Riskit voivat liittyä myös elämäntapoihin kuten tupakointiin, lihavuuteen tai runsaaseen alkoholin käyttöön ja yksilön ominaisuuksiin kuten sukupuoleen tai ikään. Valtaosa aivoverenkiertohäiriöistä on aivoinfarkteja, joten suurin osa aivoverenkiertohäiriön riskitekijöistä on aivoinfarktin riskitekijöitä. (Kaste ym. 2012, 282.)

Aivoinfarktin riski on vahvasti sidoksissa ikään ja sukupuoleen. Riski kasvaa ja kaksinkertaistuu, kun mennään kohti kymmentä ikävuotta ja miehet sairastuvat naisia useammin, etenkin alle 65 vuoden iässä. Lisäksi muut fysiologiset tekijät, kuten korkea systolinen tai diastolinen verenpaine yli viisinkertaistaa riskin infarktin saamiselle. Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja vasemman kammion hypertrofia puolestaan lisäävät riskiä ainakin kaksin-kolminkertaiseksi. Altistava tekijä on myös diabetes, joka kaksinkertaiseksi riskin sairastua ja etenkin diabetesta sairastavat naiset ovat alttiimpia infarkteille. Kokonaiskolesterolin ja LDL-kolesterolin laskun on todettu vähentävän riskiä, kun taas pieni HDL-kolesterolin määrä ja korkea triglyseridipitoisuus lisäävät riskiä. (Kaste ym. 2012, 283–284.)

Tupakointi ja alkoholin käyttö lisäävät riskiä saada aivoinfarkti. Tupakointi voi jopa kaksinkertaistaa riskin, joka esiintyy selvimmin runsaasti tupakoivilla sekä nuorissa ikäluokissa. Alkoholin suhteen riskin suuruuteen vaikuttaa sen käyttöaste. Jos käyttö on runsasta, luonnollisesti myös riski sairastua on suurempi. Kohtuullisen käytön sekä vähäisen käytön ei ole todettu suurentavan riskiä, vaan tutkimuksissa se on jopa vähentänyt sairastumisvaaraa. (Kaste ym. 2012, 283–284.)

Aivoverenkiertohäiriöön voidaan vaikuttaa ehkäisevästi monilla erilaisilla elintapamuutoksilla. Verenpaine on yksi aivoverenkiertohäiriön riskitekijöistä, joten sen alentaminen toimii sairastumista ehkäisevänä toimenpiteenä. Keinoja verenpaineen alentamiseksi on muun muassa laihduttaminen normaaliin painoon, säännöllinen liikuntaharrastus, alkoholin kohtuullinen käyttö ja ruokavaliossa huomion kiinnittäminen suolan ja tyydyttyneen rasvan vähentämiseen sekä hedelmien ja kasvien lisäämiseen. Ensiarvoisen tärkeässä roolissa on myös tupakoinnin lopettaminen, sillä sen on todettu pienentävän aivoinfarktin vaaraa melko nopeasti. (Kaste ym. 2012, 285–286.)

Ylipaino sekä liikunnan puute ovat yhteydessä aivoinfarktin syntyyn, mutta ne ovat myös yhteydessä sen muihin riskitekijöihin kuten kohonneeseen verenpaineeseen ja veren rasva-arvoihin. Liikunnan puutteen on todettu olevan itsenäinen aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijä ja lisäksi se liittyy vahvasti ylipainoon ja sen aiheuttamiin verisuonisairauksien riskitekijöihin. Säännöllinen liikunta laskee verenpainetta, suurentaa HDL-kolesterolipitoisuutta, laihduttaa sekä pienentää sepelvaltimotaudin ja diabeteksen riskiä. Monilla edellä mainituilla asioilla on yhteys aivoverenkiertohäiriöihin, joten kohtuullisen liikunnan on todettu pienentävän riskiä huomattavasti. (Kaste ym. 2012, 286.)

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöiden sekundaariseen hoitoon on myös käytössä monenlaista lääkehoitoa tai verisuonikirurgiaa elintapamuutosten ohelle. Lääkehoito määräytyy aina iskeemisen aivoverenkiertohäiriön etiologian mukaan. (Kaste ym. 2012, 287–288.)

4 MUUTTUVA TOIMINTAKYKY

Potilaan diagnoosi, vamman haitta-aste ja haittaluokat eivät luo operationaalista pohjaa potilaan hoidolle ja kuntoutukselle, vaan niiden sisältö on määriteltävä toimintakyvyn ongelma-alueista ja tarpeista, joihin kuntoutuksella pyritään vastaamaan. Keskeistä kuntoutuksen kannalta on toimintakyvyn ongelma-alueiden tunnistaminen ja niillä ilmenevien oireiden tunnistaminen. (Forsbom ym. 2001, 32.)

Forsbom ym. (2001, 32) mukaan toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sekä ihmisen sisäistä että ulkoista toimintakykyä. Sisäisen toimintakyvyn häiriöt ilmenevät ulkoisina fyysisen toimintakyvyn puutteina ja oireina, joiden arviointi muodostaa kuntoutuksen ja potilaan ohjauksen ytimen.

Tässä luvussa käsitellemme ihmisen toimintakykyä ja siinä mahdollisesti esiintyviä ongelmia neljällä eri osa-alueella. Käsiteltävät osa-alueet ovat motoriset häiriöt ja haitat, kognitiiviset häiriöt ja haitat, päivittäisten toimintojen haitat sekä masennus ja mielialahäiriöt. Oheiseen taulukkoon on tehty koonti esiintyvistä häiriöistä ja haitoista, joista kerrotaan tarkemmin tulevissa kappaleissa.

Motoriset häiriöt ja haitat	Kognitiiviset häiriöt ja haitat	Päivittäisten toimintojen haitat	Masennus ja mielialahäiriöt
<ul style="list-style-type: none"> • Toispuolihalvaus eli hemiplegia • Lihasvoiman heikentyminen • Spastisuus eli liiallinen lihasjänteys • Työntöoireyhtymä eli Pusher • Kielto-oireyhtymä eli Neglect • Koordinaatiohäiriö eli ataksia • Liikkeen tarkkuuden säätelyn häiriö eli dysmetria • Kasvohermohalvaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Muistihäiriöt • Henkisen tason lasku • Oiretiedostamattomuus • Tahdonalaisten liikkeiden säätelyn häiriö eli Apraksia • Tunnistamisen häiriö eli Agnosia • Havainnoimishäiriö • Puhehäiriöt eli Afasiat 	<ul style="list-style-type: none"> • Syöminen • Pukeutuminen • Peseytyminen • Liikkuminen • Hygieniasta huolehtiminen • Raha-asioiden hoito • Lääkkeiden käyttö • Taloustöistä ja vaatehuollosta huolehtiminen • Kulkuneuvolla liikkuminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Masentuneisuus • Mielialaherkkyys • Ahdistuneisuus • Keskittymisen vaikeudet • Oppimisen vaikeudet • Tulevaisuuden toivottomuus

Kuva 1: Koonti toimintakyvyn osa-alueiden häiriöistä ja haitoista.

4.1 Motoriset häiriöt ja haitat

Aivoverenkiertohäiriöstä jää henkilölle usein motorisia häiriöitä sekä haittoja. Isoaivojen alueella tapahtunut verenkiertohäiriö aiheuttaa useimmiten toispuolihalvauksen ja se todetaan noin 70-85 prosentilla potilaista. Tämä toispuolihalvaus painottuu yleensä yläraajaan, sillä verenvuoto tapahtuu keskimmäisen aivovaltimon tai sisemmän kaulavaltimon suonittamalla alueella. (Kallanranta ym. 2008, 253.) Halvausoireet voivat vaihdella tottaalisesta halvauksesta eli hemiplegiasta lievempioireisiin hemipareeseihin. Hemipareeseissa lihasvoiman tuoton oikea ajoittaminen motorisessa suorituksessa häiriintyy, liikesuorituksen aloittaminen vaikeutuu ja voimantuotto vähenee. (Lundy-Ekman 1998, 175–205.) Lisäksi vuodon seurauksena liiketoimintoihin kehittyvä haitta voi muodostua useasta eri syystä. Näitä ovat muun muassa raajaparin kömpelyys, lihasvoiman heikkous, joka on pahempaa raajan distaalisissa osissa sekä spastisuuden ja lihasjänteyden esiintyminen, jonka takia pinta-, asento- ja hahmotustunto heikkenee. Nämä kaikki vaikuttavat tasapainon säätelyyn, raajojen käyttöön ja vartalon hallintaan. (Kallanranta ym. 2008, 253.) Spastisuuden eli liiallisen lihasjänteyden on todettu kehittyvän n. 20-30 prosentilla potilaista. (Sommerfeld ym. 2012, 814). Lisäksi n. 10 prosentilla potilaista esiintyy työntöoireyhtymää, jolle tunnusomaista on jatkuva, voimakas työntäminen terveeltä puolelta ja kallistuminen halvaantuneelle puolelle päin. Työntö-oireyhtymä eli pusher-syndrome on tärkeää tunnistaa, sillä usein se hankaloittaa ja hidastaa kuntoutusta etenkin alkuvaiheessa. Työntöoireyhtymä ei kuitenkaan välttämättä vaikuta kuntoutuksen lopputulokseen haitallisesti. (Jokelainen ym. 2000, 144; Sahinoja 2013, 9.)

Ei-hallitsevan aivopuoliskon vaurioissa esiintyy vahvasti kielto- eli neglect-oireyhtymää, joka on liiketoimintojen kuntoutuksen ja toipumisen kannalta hyvin vaikea. Neglect-oireyhtymällä tarkoitetaan kyvyttömyyttä reagoida isoaivojen vaurioiden vastakkaiselta puolelta tuleviin ärsykkeisiin. Näkeminen, kuuleminen tai tunteminen eivät välttämättä ole muuttuneet, mutta kyky huomioida näitä ulkopuolisia ärsykejä halvaantuneelta puolelta puuttuu. Mitä enemmän ympäristön ärsykejä terveeltä puolelta tulee, sitä vaikeampaa potilaan on havaita halvaantuneelta puolelta tulevaa aistitietoa. Tämä johtuu siitä, että potilaan pää ja katse ovat kääntyneinä poispäin halvaantuneelta puolelta. (Forsbom ym. 2001, 32.) Isoaivojen vaurioihin liittyy usein näkökentän puutteita, toimintojen suorittamisvaikeutta sekä havainnoimishäiriöitä. Nämä vaativat kuntoutuksessa erityistä huomiota. (Kallanranta ym. 2008, 253.)

Aivorungon ja pikkuaivojen alueella tapahtunut verenkiertohäiriö aiheuttaa tyypillisesti toispuoleista lihasheikkoutta, liikkeiden säätelyn tarkkuuden (dysmetria) ja sujuvuuden (ataksia) häiriöitä (Kallanranta ym. 2008, 253). Koordinaatiohäiriössä eli ataksiassa potilaan on vaikeaa hallita pään, vartalon ja raajojen liikkeitä, mikä aiheuttaa potilaalle vaikeuksia siirtymisissä ja tasapainon hallinnassa (Forsbom ym. 2001, 32). Tasapainon hallintaa vaikeuttaa motoristen, sensoristen ja kognitiivisten järjestelmien vaurioituminen aivoverenkierron häiriön seurauksena. Toiminnan suunnittelu vaikeutuu ilman sensoristen järjestelmien (visuaalinen, somatosensorinen ja vestibulaarinen) välittämää tietoa kehosta ja sen suhteesta ympäristöön (Shumway-Cook & Woollacott 2007, 5).

Näihin liittyy usein myös aivohermojen motorisia vaurioita kuten kasvohermoalvaus ja silmien liikehermojen halvaus tai vastaavanlaiset sensoriset vauriot. (Kallanranta ym. 2008, 253.)

4.1.1 Halvaantuneen olkapään kiputilat

Olkapää on ihmiskehon liikkuvin nivel, jonka hallinnasta hartiaseudun lihakset vastaavat. Aivovaurion seurauksena heikko lihasjänteys voi tehdä halvaantuneesta olkanivelestä instabiilin tai olkanivel voi vastaavasti jäykistyä virheelliseen asentoon liiallisen lihasjännityksen eli tonuksen seurauksena. Toispuolihalvauksesta kärsivän potilaan ongelmana on usein olkanivelen osittainen sijoiltaanmeno eli subluksaatio. Halvausoireiston seurauksena vartalon ja yläraajan lihasaktiiviteetti muuttuu, mikä vaikuttaa olkanivelen asentoon. Olkanivelen luksaatio voi tapahtua alas-, ylös-, tai eteenpäin, riippuen halvaantuneen puolen lihasaktiiviteetin määrästä. Osittainen luksaatio alaspäin on yleisin tilanteissa, joissa vartalon ja halvaantuneen yläraajan lihaksisto on velto aiheuttaen vartalon lysähtämisen kumaraan ja sivutaivutukseen halvaantuneelle puolelle. Muutokset lapaan ja rintakehän asennossa mahdollistavat olkaluun pään putoamisen nivelkuopasta. Osittainen sijoiltaanmeno eteenpäin tapahtuu puolestaan vartalon lihasaktiiviteetin palautuessa eriaikaisesti, jolloin ojennussuuntaista lihasaktiiviteettia on koukistussuuntaista aktiiviteettia enemmän. Halvaantuneen puolen rintakehä on ojentuneena ja kiertyneenä halvauspuolelle ja olkavarsi kiertyy sisään ja yliojentuu, mikä mahdollistaa olkaluun liukumisen nivelkuopan eteen. Ylöspäin tapahtuvassa osittaisessa sijoiltaanmenossa vartalossa on koukistus- ja ojennusaktiivisuutta ja yläraajassa on tahdonalaista liikettä, mutta liike ei ole eriytynyttä. Yläraajan toiminta perustuu massaliikkeisiin ja rintakehä

myötäilee yläraajan liikettä olkanivelen stabiloinnin sijaan. Näin ollen olkaluun pää pääsee nousemaan nivelkuopasta ylöspäin korppilisäkkeen alle. (Forsbom ym. 2001, 37–42.)

Osittain sijoiltaan menneen olkapään huomioon ottaminen hoidossa ja kuntoutuksessa on tärkeää vammautumisen ja kivun pitkittymisen ennaltaehkäisemiseksi. Halvaantuneen yläraajan taitamaton käsittely voi aiheuttaa potilaalle pitkäkestoista kipua ja särkevä olkapää hidastaa kuntoutumista. Potilaan haluttomuus minkäänlaiseen toimintaan lisääntyy, jos jokainen liike pahentaa olkapään kipua. Jatkuvan kivun seurauksena potilaan keskittyminen ja uuden oppiminen heikkenee, eikä itsenäisten toimintojen harjoittelu ole mielekästä. Jopa 70% AVH-kuntoutujista kärsii halvaantuneen olkapään kivusta ja kivut ovat usein seurausta olkanivelen huonosta asennosta makuuasennossa, istuessa, siirtymisissä tai muissa yläraajan liikuttelua vaativissa tilanteissa. (Forsbom ym. 2001, 37–42.)

4.1.2 Halvaantuneen käden turvotus

Aivovaurion ja usein siitä seuranneen hemipareesin eli kehon osittaisen toispuolihalvauksen oireet heikentävät huomattavasti halvaantuneen käden toimintakykyä. Usein toivosta käden toimintakyvyn palautumisen suhteen luovutaan, mikäli kädessä ei ilmene liikettä kuntoutuksen alkuvaiheessa. Tämä saattaa johtaa herkästi käden huomiotta jättämiseen ja käsi saattaa olla pitkiä aikoja huonossa asennossa. Näiden seurauksena käsi turpoaa, tulehtuu ja kipeytyy. Veltto käsi on herkkä putoamaan esimerkiksi siirtymistilanteissa, mikä altistaa käden vammautumiselle. Noin 10 prosentille AVH-potilaista ilmaantuu kivuliasta halvauskäden turvotusta, joka yleisimmin ilmenee sairastumisen jälkeisinä ensimmäisinä kuukausina. Turvonneeseen käteen liittyy usein tuntopalautteen ja hahmottamisen häiriöitä muiden fyysisen toimintakyvyn häiriöiden lisäksi. (Forsbom ym. 2001, 42.)

Halvauskäden turvotuksen katsotaan liittyvän käden kipuun, lisääntyneeseen lihasjäykkyyteen ja käyttämättömyyteen. Halvaantuneen yläraajan lihasten pumppaustoiminnan häiriintyessä laskimoverenkierto heikkenee ja ympäröiviin kudoksiin kertyy nestettä. (Leibovitz ym. 2017, 37–42.)

4.2 Kognitiiviset häiriöt ja haitat

AVH aiheuttaa potilailla usein erilaisia kognitiivisia häiriöitä, jotka voidaan karkeasti jakaa kahteen ryhmään: yleiset kognitiiviset häiriöt ja niin sanotut neuropsykologiset erityishäiriöt. Yleisiin häiriöihin katsotaan kuuluvaksi AVH:n jälkeinen henkisen tason lasku, muistin ja käyttäytymisen häiriöt sekä oiretiedostamattomuus. Erityishäiriöihin kuuluvat muun muassa toimintojen ohjauksen häiriöt, motoristen tahdonalaisten liikkeiden häiriöt eli apraksiat, tunnistamisen häiriöt eli agnosiat ja havainnoimishäiriöt, esimerkiksi aiemmin mainittu neglect-oireyhtymä. (Kallanranta ym. 2008, 254.) Apraksiassa potilaalla on vaikeus tahdonalaisen liikkeen ja toiminnan suorittamisessa, vaikka siihen tarvittava lihas-toiminta löytyisikin. Ongelma voi esiintyä käytännössä siten, ettei potilas ohjattuna ja pyydettyä onnistu toiminnon suorittamisessa, mutta automaattisena suoritus voikin onnistua. Agnosiasta puolestaan puhutaan silloin, kun potilaan on vaikeaa tunnistaa tuttuja esineitä ja tietää niiden käyttötarkoitus. Potilas saattaa esimerkiksi viedä hiusharjan suuhun hiusten kampaamisen sijaan. Äärimmäisessä tapauksessa potilaan on mahdollista tunnistaa omaa tilaansa ja hän saattaa luulla, että hänen kotinsa on muutettu sairaalamaiseksi, mikä yhdessä tunnistamisen vaikeuden kanssa lisää potilaan ahdistusta. (Forsbom ym. 2001, 32.)

Erityishäiriöihin kuuluvat usein myös puhehäiriöt eli afasiat, joihin liittyy kirjoitus-, laske- ja lukemisvaikeudet (Kallanranta ym. 2008, 254). Afasiat voidaan jakaa sujumattomaan ja sujuvaan afasiaan. Sujumattomassa afasiassa puheen tai äänen tuottaminen on vaikeutunut. Puhe voi jäädä esimerkiksi yhden tavun toistamisen tasolle tai lievempanä muotona lauseiden muodostaminen vaikeutuu. Sujumattomassa afasiassa vaurio on usein otsalohkon sivulla Brocan alueella. Sujuvassa afasiassa puhetta tulee paljon, mutta sen sisältö on epäjohdonmukaista. Puhe voi sisältää vääriä sanavalintoja tai sanoja, jotka eivät ole tunnistettavissa olemassa olevaksi kieleksi. Sujuvan afasian aiheuttaa yleensä vaurio ohimolohkon takaosassa sijaitsevalla Wernicken alueella. Lisäksi puheen ymmärtäminen vaikeutuu afasiassa lähes aina. Puheen ymmärtämisen vaikeus voi johtua kielellisen prosessoinnin hitaudesta, kielellisen muistin häiriöstä, kuulonvaraisen aistitiedon hahmottamisen häiriöstä tai kieliopillisten rakenteiden ymmärtämisen ongelmista. Hoitohenkilökunnan ja omaisten voi kuitenkin olla vaikea havaita potilaan ymmärtämisen vaikeus ulkoapäin. Usein arjen tuttujen tilanteiden ymmärtäminen sujuu paremmin kuin monimutkaisten uusien asioiden ymmärtäminen. Afasian vuoksi potilaan voi olla

vaikea ymmärtää tai pitää mielessään puhuen annettuja ohjeita ja puheen ymmärtämisen vaikeudet tulisikin aina ottaa huomioon afaattisen potilaan kanssa toimiessa. (Aivo-liitto 2020.)

Kognitiivisia erityishäiriöitä todetaan 62-78 prosentilla AVH-potilaista. Yksittäisinä esiintyvät erityishäiriöt ovat suhteellisen harvinaisia ja ne liittyvät usein toisiinsa muodostaen oireyhtymiä. (Kallanranta ym. 2008, 254.) Aiheutuvat haitat riippuvat kognitiivisten vaurioiden laadusta. Haittoja ovat muun muassa puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeudet, pukeutumisen ja muiden päivittäisten toimintojen haitat, kosketus-, näkö-, kuulo- ja asentoaistimusten tunnistamis- ja havaitsemisvaikeudet. Aloitekyvyttömyys, jähmeys ja sujuvan toimintatavan heikkeneminen aiheutuvat toimintojen ohjauksen häiriöstä. Käyttäytymishäiriöistä yleisimpiä ovat mielialan herkistyminen, yliaktiivisuus sekä aloitekyvyn, sosiaalisten suhteiden ja tilanteiden tajun heikentyminen. Lisäksi AVH-potilaiden muistihäiriöt ovat yleisiä ja niitä esiintyy noin 50 prosentilla potilaista. Usein kyse on lyhytkestoisen muistin häiriöstä sekä heikentyneestä kyvystä oppia uutta. (Kallanranta ym. 2008, 254.) Kognitiivisten häiriöiden on todettu heikentävän aivoverenkierronhäiriöstä kuntoutumista (Jehkonen ym. 2001, 136–139).

4.3 Päivittäisten toimintojen haitat

Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen jaetaan karkeasti osiin niin, että se sisältää perustoiminnoista ja asioiden hoidosta selviytymisen. Perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta selviytyminen kuvastaa lähinnä fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoidosta selviytyminen edellyttää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Perustoimintoihin kuuluvat muun muassa syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, sisällä ja ulkona liikkuminen sekä henkilökohtainen hygienia. Arvioitaessa asioiden hoidosta selviytymistä kiinnitetään huomiota esimerkiksi seuraaviin asioihin: taloustöistä ja vaatehuollosta selviytyminen, kulkuneuvossa liikkuminen, talon sisä- ja ulkotöistä selviytyminen, lääkkeiden käyttö sekä raha-asioiden hoito. (Kallanranta ym. 2008, 254.)

AVH:n jälkeen eniten heikkenevät osiot ovat pukeutuminen sekä liikkuminen, kun taas ruokailu, hygienian hoito ja esimerkiksi puhelimen käyttö häiriintyvät vähemmän. Häiriöiden vaikeus korreloi aiemmin mainittujen havainnoimishäiriöiden esiintymiseen. Vuoden kuluttua AVH:sta noin 8-28% potilaista tarvitsevat jatkuvasti toisen henkilön apua, mutta suurin osa (53-76%) selviytyy päivittäisistä toimista itsenäisesti. (Kallanranta ym. 2008, 254.)

4.4 Masennus ja muut mielialahäiriöt

Aivoverenkiertohäiriön akuuttivaiheessa tyypillistä on ahdistus, mielialaherkkyys ja masentuneisuus. Lisäksi voi esiintyä keskittymiskyvyttömyyttä, subjektiivisia muisti- ja oppisvaikeuksia sekä tulevaisuuden toivottomuutta. Toipumisen edetessä tapahtuu uudelleenorientoitumista, joka voi tulla esiin yliaktiivisuutena, epärealistisinä toipumisen odoituksina tai oman suorituksen arvostelukyvyyttenä. (Kallanranta ym. 2008, 255.)

Masennus on yleisin psykiatrinen oireyhtymä aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Sitä esiintyy noin 20-60 prosentilla potilaista ja se saattaa johtua joko orgaanisista tai psykogeenisistä syistä. Masennuksen on todettu olevan yhteydessä aivovaurion sijaintiin ja ensisijaisesti hallitsevan aivopuoliskon etuosan vaurioihin. Kaikissa tutkimuksissa yhteyttä ei ole kuitenkaan voitu osoittaa. Aivoverenkiertohäiriöön liittyvien kognitiivisten häiriöiden on katsottu olevan yhteydessä depression ja se vaikeuttaa toipumista ja kuntoutumista entisestään. Mitä voimakkaampia ovat potilaan neurologiset sekä päivittäisten toimintojen häiriöt sitä useammin potilas on myös masentunut. (Kallanranta ym. 2008, 255.)

5 AVH-POTILAAN KUNTOUTUS

Kuntoutuksella tähdätään siihen, että ihmisen työ- ja toimintakyky paranevat tai säilyvät ja hän pystyy mahdollisimman itsenäiseen elämään. Kuntoutuvaa henkilöä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan taso. Kuntoutuksen käytännöt ovat aiemmin keskittyneet vahvasti fyysisten toiminnanvajauksien palauttamiseen, mutta nykypäivänä sosiaaliset ja psyykkiset tekijät ovat nousseet yhtä tärkeiksi. (Kallanranta ym. 2008, 31–81.)

Nykykäsityksen mukaan kuntoutuminen perustuu aivojen plastisuuteen, eli kykyyn muovautua uudelleen ja kuntoutuksessa käytetyt mallit tukeutuvat teoriaan aivojen muovautuvuudesta vaurion jälkeen. Ilman opetuksen ja oppimisen kautta tapahtuvaa aivojen hermoverkkojen uudelleenjärjestäytymistä aivojen muotoutuminen saattaa jopa haitata toimintaa. Vaurioitumista seuraavat viikot ovat erityisen aktiivista aikaa aivojen uudelleen muotoutumisen kannalta ja tutkimukset ovat osoittaneet aivojen kuorikerroksen paikallisen vaurion avaavan ns. ”kuntoutuksen avoimen ikkunan”. Tällä tarkoitetaan rajattua ajanjaksoa, jonka on arvioitu kestävän n. 4-6 viikkoa sairastumisesta. Ajanjakson aikana aivoissa käynnistyy korjaavia prosesseja, joita kuntoutuksessa tulee hyödyntää. Vaikka suurimmat toimintakyvyn muutokset tapahtuvat ensimmäisenä kolmena kuukautena, voidaan toimintakyvyn paranemista kuntoutuksen avulla saada aikaan myös sairauden kroonisessa vaiheessa, sillä aivojen muotoutuvuus jatkuu läpi elämän. (Shumway-Cook ja Woollacott 2007, 92–99.)

5.1 Afasia – mitä se on, kun ei saa sanottua

Afasia viittaa joukkoon erilaisia kielellisiä vaikeuksia, joiden taustalla on aivoissa tapahtunut vaurio tai toimintahäiriö. Yleisin afasian aiheuttaja on aivoverenkiertohäiriö. Afasia vaikeuttaa puheen sekä luetun tekstin ymmärtämistä sekä kielen tuottamista eli puhumista ja kirjoittamista. Usein se aiheuttaa sosiaalisen kanssakäymisen vähenemistä ja sosiaalisista suhteista syrjäytymistä. Lisäksi kirjoittamisen ja lukemisen ongelmat haittaavat arjessa selviytymistä ja ajankohtaisten asioiden seuraamista. (Aivoliitto 2020.)

Afasian ilmenemismuoto on aina yksilöllinen ja siitä kuntoutuminen riippuu muun muassa aivojen vauriosta sekä sen sijainnista ja laajuudesta. Lisäksi kuntoutumiseen vaikuttaa häiriön laatu ja vaikeusaste sekä potilaan psyykkiset tekijät. Kuntoutuminen vaatii

kuntoutujalta hyvää motivaatiota, paljon toistoja sekä pitkäjänteisyyttä. On kuitenkin erittäin tärkeää, että myös läheiset kannustavat kuntoutujaa itsenäiseen toimintaan ja aktiivisuuteen. Kaikenlainen arjen aktiivisuus tukee AVH-potilaan kuntoutusta. (Aivoliitto 2020.)

Omaisilla on käytössä monenlaisia keinoja tukea afasiapotilaan kuntoutusta ja edistää keskusteluvalmiuksia. On tärkeää muistaa, että keskustelutilanteissa henkilöä, jolla on afasia, kohdellaan aikuisena, omiin päätöksiin kykenevänä ihmisenä. Afaattinen henkilö tietää kyllä mitä hän haluaisi sanoa, mutta afasian vuoksi ei onnistu puheellaan asiaa tuottamaan. Sairastumisen alkuvaiheessa on hyvä käyttää suoria ja yksiselitteisiä kysymyksiä, johon henkilö, jolla on afasia, voi vastata kyllä tai ei. On otettava kuitenkin huomioon se, että afasian tyypillinen oire on kyllä- ja ei-sanojen sekaantuminen. Varmistaakseen kummasta sanasta on kyse, on hyvä käyttää esimerkiksi peukalolla näyttämistä (peukalo ylös – kyllä, peukalo alas – ei) tai kirjoitettujen kyllä- ja ei-sanojen osoittamista. Kyllä- ja ei-kysymyksiä ei kuitenkaan tule käyttää jatkuvasti, sillä ne saattavat vähentää afaattisen henkilön puheen yrityksiä. (Aivoliitto 2013.)

Kun keskustele afaatin henkilön ja kysyt häneltä jotakin, varmista, että hänellä on keino vastata sinulle. Oleellista on luoda mahdollisuuksia vihjeiden antamiseen, esimerkiksi ympäristöstä löytyvillä asioilla tai esineillä, sekä rohkaista henkilöä käyttämään niitä. Afaattinen henkilö voi joskus antaa vihjeitä piirtämällä tai kirjaimia kirjoittamalla. Esimerkiksi kello, kalenteri ja kartta olisi aina hyvä pitää lähettyvillä, jotta keskustelun molemmat osapuolet voivat käyttää niitä apuna. Omaisen tulee myös hyödyntää ympäristöstä löytyviä vihjeitä, esimerkiksi osoittamalla esinettä, mikäli se löytyy näköpiiristä tai kirjoittamalla/piirtämällä paperille selkeästi keskustelun aiheita tai avainsanoja. Joskus omaisen tehtävänä on myös arvata afaattisen henkilön mielessä oleva asia, mutta sitä ei tulisi tehdä liian aikaisin. Omaisen ei myöskään tule korjata virheitä vaan toistaa tai koota afaattisen henkilön ilmaisema asia. (Aivoliitto 2013; Tays 2018.)

Keskustellessa afaattisen henkilön kanssa keskustelutilanteet tulisi rauhoittaa ja ympäristön häiriötekijät minimoida. Kaikki muu tekeminen tulisi keskustelun ajaksi keskeyttää. Omaisen tulisi käyttää luonnollisia eleitä ja ilmeitä oman puheensa yhteydessä ja hänen tulisi katsoa, sekä mahdollisesti koskea, afaattista henkilöä. Omaisen tulee puhua rauhallisesti, selkeästi ja lyhyesti. On tärkeää puhua vain yhdestä asiasta kerrallaan ja edetä loogisessa järjestyksessä. Omaisen tulee rehellisesti ja suoraan kertoa, jos hän ei ole ymmärtänyt mitä afaattinen henkilö on sanonut ja toisaalta omaisen tulee myös varmistaa, että hän on ymmärtänyt sanoman oikein. (Aivoliitto 2013; Tays 2018.)

5.2 Neglect – tuntemattomasta tutuksi

Neglect eli huomiotta jääminen tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita, reagoida ja orientoitua vaurioituneeseen aivopuoliskoon nähden vastakkaiselta puolelta tuleviin ärsykkeisiin ja ympäristöön. Se liittyy yleensä oikean aivopuoliskon päälakilohkon takaosien, etuosaloikon ja pihtipoimun iskeemiseen vaurioon, mutta tarkkaavaisuuden häiriötä voi ilmetä myös ohimolohkon yläosien ja aivolohkojen välisten valkean aineen ratojen vaurioissa. Neglect-oiretta esiintyy yli 40 prosentilla potilaista, jotka ovat sairastuneet oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriöön. Oikea aivopuolisko vastaa tarkkaavaisuuden kokonaisvaltaisesta suuntaamisesta kehon molempien puolien ja ympäristön välillä, minkä vuoksi oikean aivopuoliskon vauriot johtavat todennäköisemmin vaikeampaan neglectiin kuin vasemman puolen vauriot. (Jehkonen ym. 2013, 506; Jehkonen ym. 2007, 1719; Kallaranta ym. 2008, 253; Singh-Curry ym. 2010, 666.)

Kehon vasemman puolen ärsykkeiden huomiotta jääminen ei selity aistitoimintojen puutoksilla eikä aiheudu motorisista tai sensorisista häiriöistä. Sitä esiintyy useilla aisti-alueilla (visuaalinen, taktiilinen, auditiivinen) ja huomiotta jääminen voi koskea myös potilaan omaa kehoa (personaalinen neglect) ulkoisen toimitilan lisäksi. Neglectin yleisin muoto on visuaalinen neglect, jossa kehon vasemmalta puolelta tulevien visuaalisten ärsykkeiden huomioiminen on puutteellista tai ei onnistu lainkaan. Lisäksi neglect-oireistossa voidaan erottaa motorinen neglect, jossa potilas käyttää puutteellisesti vaurioon nähden vastakkaisen puolen raajaparia, vaikka halvaus ei ole este raajan motorikalle. (Jehkonen ym. 2007, 1719.)

Neglect ilmenee usein laaja-alaisena kognitiivisten puutosoireiden kirjona, joista potilailla voi ilmetä yksi tai useampia (Singh-Curry ym. 2010, 666). Siihen liittyy myös muita neurologisia ja neuropsykologisia oireita, joista tavallisimpia ovat toispuolinen raajahalvaus, tuntopuutokset, näkökenttäpuutos, dysatria, muistihäiriöt sekä erilaiset avaruudellisen ja tilasuhteiden hahmottamisen vaikeudet. Nämä voivat ilmetä mm. visuaalisen näkömuistin heikentymisenä, näönvaraisen päättelyn vaikeutena sekä visuaalisen etsimisen vaikeutena. Lisäksi vaikeaan vasemmanpuoleiseen neglect-oireistoon liittyy usein potilaan puutteellinen oiretiedostus (anosognosia) ja puheen tunnesävyjen ja ilmeiden sekä eleiden käyttämisen vaikeus (dysprosodia). Puutteellinen oiretiedostus voi ilmetä potilaan toiminnan tasolla siten, että potilas yrittää käyttää raajaa normaalisti halvauksesta huolimatta, mikä voi johtaa vaaratilanteisiin ja kaatumisiin. Kielellisellä tasolla potilas saattaa

sanoa tiedostavansa tilanteensa, mutta potilaan puheet ja käytös ovat ristiriidassa toisensa kanssa. Toiminnanohjaukseen liittyvä hätäisyys ja estottomuus liittyvät myös vaikeaan vasemman tarkkaavaisuuden häiriöön. (Jehkonen ym. 2007, 1719.)

Tarkkaavaisuuden häiriöstä kärsivän potilaan kuntoutuksella pyritään lieventämään kognitiivisia haittoja ja tukemaan potilaan itsenäisen toimintakyvyn palautumista. Kuntoutuksen tavoitteet asetetaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa ja niiden tulee sisältää potilaalle merkityksellisiä asioita, kuten esimerkiksi harrastusten mahdollistuminen ja kotiympäristössä liikkumisen turvallisuus. Kuntoutuksessa on otettava huomioon potilaan ja omaisten tiedollinen tukeminen ja käytännön ohjaus, sillä usein vaikeastakin neglect-oireistosta kärsivä potilas kykenee asumaan kotona omaisen avustamana. (Jehkonen ym. 2013, 507.)

Kuntoutuksessa tutkituin ja käytetyin menetelmä on visuaalinen etsintäharjoittelu, jossa merkitään, etsitään ja kuvaillaan esineitä havaintokentän eri alueilla. Etsinnässä voidaan hyödyntää värejä ja ääni- ja valomerkkejä ja tehostaa vasemman puolen aktiivointia esimerkiksi sensorisilla ärsykkeillä. (Azouvi ym. 2016, 1–2; Jehkonen ym. 2013, 509–510; Singh-Curry ym. 2010, 677.) Singh-Curryn ym. (2010, 677) esittämän tutkimustiedon mukaan vasemman havaintokentän huomiointia voidaan lisätä esimerkiksi lukemisessa merkitsemällä luettavan sivun vasen laita punaisella merkillä visuaalisen ärsykkeen tehostamiseksi. Nämä ovat keinoja, joita myös omaiset voivat hyödyntää potilaan kanssa arkitoiminnoissa esimerkiksi liikkumisessa, pukeutumisessa, ruokailussa ja siistiytymisessä. Pukeutumisessa vasemmanpuoleinen hiha ja housun lahje jäävät pukematta ja parranajo ja ehostautuminen tehdään vain kehon oikealle puolelle ja lautasen vasen puoli jää syömättä. (Jehkonen ym. 2007, 1719.) Pukeutumisessa potilasta ohjataan pukeutumaan vasen puoli edellä sen huomioimisen lisäämiseksi. Pukeutuminen on suositeltavaa tehdä joko tuolissa tai pyörätuolissa tukevasti istuen. (Mchugh Pendleton & Schultz-Krohn 2018, 205–207.) Peilin käytöstä huomiotta jääneen puolen aktivoimiseksi on katsottu olevan hyötyä potilailla, jotka kykenevät hahmottamaan puutteellisen toiminnan peilin kautta saadun visuaalisen palautteen avulla (Ramachandran ym. 1999, 304). Peiliä voidaan hyödyntää potilaan itsenäisen toiminnan tukemiseksi arjessa esimerkiksi pukeutumis- ja siistiytymistilanteissa. Omaiset voivat ohjata potilasta hyödyntämään peilin kautta saatavaa visuaalista palautetta toiminnan onnistumisesta ja aktivoida potilasta itsenäisesti havainnoimaan kehon vasenta puolta peilin avulla.

Tarkkaavaisuuden häiriöstä kärsivä potilas saattaa törmätä vasemmalla puolella oleviin esineisiin ja ympäristön esteisiin (Bosma ym. 2019, 11–12). Omaiset voivat ohjata potilasta kiinnittämään tietoisesti huomiota sille puolelle, jolle tarkkaavaisuuden häiriö kohdistuu. Kääntämällä päätä ja vartaloa heikommalle puolelle varmistetaan turvallinen liikkuminen ja huomaamaan heikommalle puolelle jääneet esineet. Tätä menetelmää voidaan hyödyntää kaikissa arjen tilanteissa heikomman kehon puolen ja huomiotta jääneen ympäristön havaitsemiseksi. Kotona tarpeelliset tavarat kannattaa sijoittaa hyllyjen ja pöytien vasemmalle puolelle ja lukiessa sijoittaa kirja tai sanomalehti näkökentässä vasemmalle. Omaiset voivat myös aktivoida potilasta erilaisilla etsimistehtävillä ja palapeleillä. (Aivotalo 2018.) Potilaan kulkureitin vasemmalle puolelle jääviä huonekaluja ja oven karmeja voidaan merkitä värillisillä merkeillä havaitsemisen tehostamiseksi ja törmäämisen ehkäisemiseksi.

5.3 Mieli harjoittelun tukena

Fyysisen harjoittelun tukena olisi tärkeää käyttää mielikuvaharjoittelua. Omaisen tulisi aktivoida potilasta mielikuvaharjoitteluun ja tuoda esiin sen tärkeyttä, sillä se kuormittaa ja harjoittaa samoja anatomisia rakenteita ja fysiologisia prosesseja kuin varsinainen fyysinen harjoittelu. Omaisen voi tässä asiassa toimia myös mallina, sillä se, että potilas näkee jonkun muun tekevän kyseisiä liikkeitä tai toimintoja, aktivoi potilaan aivoissa olevia peilisoluja, jotka tuottavat hänelle mielikuvia liikkeistä. Keskushermoston kannalta mielikuvaharjoittelu ja fyysinen harjoittelu eivät eroa toisistaan ja useiden tutkimusten mukaan niiden harjoittamisella on saatu lähes yhtä toimivia tuloksia. Omaisen avustuksella potilaan harjoittelu tapahtuisi ulkoisesta perspektiivistä, jolloin potilas näkee liikkeen ulkopuolisen silmin. Jotta saavutetaan optimaalinen harjoitteluvaikutus, mielikuvaharjoittelua tulisi tehdä hyvin keskittyneesti 5-15 minuuttia kerrallaan useita kertoja päivässä. Mielikuvaharjoittelussa kannattaa suosia positiivisia ja toivottuja tapahtumia, sillä ne edistävät tehtävän onnistumista. Esimerkiksi kun henkilö ajattelee ”älä kaadu portaissa” hänen mielessään pyörii kuvasarja kaatumisesta. Sen sijaan kannattaa ajatella ”kävele portaat alas”, jolloin hänen mielessään pyörii kuvasarja onnistuneesta porraskävelystä. (Kauranen, 2018. 351–352.) Omaisen kannattaa ottaa tämä huomioon muun muassa sanoittaakseen harjoittelun ja harjoitettavan toiminnan oikein.

5.4 Halvaantuneen yläraajan käsittely ja kivunhoito

AVH-potilailla esiintyy raajojen käyttämättömyydestä johtuvaa koukistus- ja ojennus-suuntaista liikerajoitusta, joka johtaa herkästi lihasten lyhenemiseen ja nivelkontraktuurien muodostumiseen. Erilaiset virheasennot vähentävät raajan toiminnallista käyttöä päivittäisissä toimissa kuten esimerkiksi raajaan tukeutumisen siirtymisten yhteydessä tai yläraajalla esineisiin tarttumisen. Lihasten lyhenemistä ja nivelten kontraktuuria voidaan ehkäistä erilaisilla keinoilla, joita ovat muun muassa asentohoito, tukeutumisharjoitteet sekä aktiiviset ja passiiviset liikeharjoitteet. Halvaantuneen yläraajan kiputila on yleinen ja kuntoutuksen etenemistä haittaava vaiva. Halvaantuneen olkapään kipupidentää sairaalassaoloaikaa ja sen on yhdistetty vaikuttavan AVH-potilaiden elämänlaatua alentavasti ja lisäävän masennukseen sairastumisen riskiä. (Kauranen 2018, 352; Kim ym. 2013, 149; Lindgren ym. 2007, 334.)

Yleisesti pareettinen yläraaja hakeutuu virheasentoon, jossa olkanivel kiertyy sisäkiertoon, olkavarsi lähentyy vartaloa, kyynärnível koukistuu ja ranne hakeutuu pronaatioon. Tätä virheasentoa korostavat yleisesti käytössä olevat hoitomenetelmät, jossa halvaantunut käsi tuetaan tyynyllä syliin esimerkiksi pyörätuolissa istuttaessa. (Carr & Shephard 2010, 134-135.)

Terapeuttinen harjoittelu ja yläraajan hyvän asennon ylläpitäminen ovat välttämättömiä yläraajan toimintakyvyn parantumiseksi ja se on tärkeä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen kannalta. On katsottu, että passiivisella halvaantuneen yläraajan liikeharjoittelulla on liikelaajuuden lisääntymisen ja jäykkyyden vähentymisen lisäksi positiivinen vaikutus myös halvaantuneen yläraajan turvotukseen ja kipuun. Harjoittelussa on suositeltavaa ottaa huomioon myös terve yläraaja, sillä toispuolihalvauksesta kärsivillä potilailla tunto ja liikkuvuus saattavat olla alentuneet myös terveessä yläraajassa. (Kim ym. 2013, 149–150.) Passiiviset liikeharjoitteet tulee tehdä yläraajan kaikilla niveltasoilla luonnollisten liikesuuntien mukaisesti useita kertoja päivässä (Kim ym. 2013, 150-151). Liikeharjoitteiden osalta omainen voi suorittaa passiivisia liikeharjoitteita, mutta tulee pitää huoli, että potilas tekee liikeharjoitteita myös itsenäisesti auttaen pareettista yläraajaa terveellä yläraajalla (Kauranen 2018, 352). Harjoittelun molemmilla yläraajoilla on todettu vaikuttavan halvaantuneen yläraajan motorisen alueen aktivoitumiseen aivokuorella terveen yläraajaan tahdonalaisen liikkeen avulla (Lim ym. 2016, 3427-3430).

Halvaantuneen olkapään tukeminen mahdollisimman normaaliin asentoon ja yläraajan vapaana roikkumisen välttäminen vaikuttaa keskeisesti yläraajan kipuun. Potilaan asentoa korjattaessa ja siirtymisen avustamisessa olkapään asennon kannalta turvallinen ote on olkavarren päältä vartaloon päin tukien. Siirtymistilanteissa omaisten on hyvä muistaa, ettei potilasta tule koskaan avustaa tai tukea pelkästään yläraajoista, sillä olkanivel on erityisen altis vammautumiselle horjahtamistilanteissa. Myös potilaan rajoittunut kyky huomioida yläraajan asentoa on usein osasyynä kipeytymiselle. Potilasta ei myöskään tule nostaa kainaloista ja pukeutumistilanteissa yläraajan loitonnuksella on suositeltavaa tehdä vartaloa eteenpäin taivuttamalla nostamisen sijaan. Kävelevän potilaan halvaantunut yläraaja on hyvä tukea erityisellä olkavarsituella, jolla pyritään keventämään yläraajan painoa ja tukemaan se mahdollisimman hyvään asentoon. Yläraajan roikkumista vapaana pystyasennon aikana on hyvä välttää. Sama pätee myös istuma-asentoon; yläraaja tulee tukea kyynärvarresta pöytälevylle tai normaalille pöydälle. Tällä pyritään painon kevennyksen lisäksi ylläpitämään ylävartalon symmetristä asentoa. (Forsbom ym. 2001, 40–41.)

Kantositeen pitkäaikaista käyttöä tulee kuitenkin välttää varsinkin akuutti- ja subakuuttivaiheessa, koska se rajoittaa ja passivoi halvaantuneen yläraajan käyttöä ja hidastaa motoristen toimintojen palautumista. Jos yläraajan motoriset toiminnot eivät kuitenkaan palaudu, kantosidettä voidaan kroonisessa vaiheessa käyttää enemmän. Silloinkin tulee kuitenkin ottaa huomioon sen lisäävä vaikutus kyynärnivelen fleksiokontraktuuran syntymiseen. (Kauranen 2018, 357.)

5.5 Avustamisen ergonomia

Potilaita hoitavien omaisten työn fyysistä kuormittavuutta ei ole käsitelty ja tutkittu yhtä laajasti kuin sairaanhoitajien kuormittumista potilastyössä. Samat kuormittavuuden tekijät vaikuttavat kuitenkin yhtä lailla potilaita hoitaviin omaisiin, sisältäväthän molemmat työt erilaisia potilaan avustus- ja siirtotehtäviä. Fyysisen kuormittavuuden on katsottu olevan huipussaan liikkumisessa ja siirtymisissä avustettavien potilaiden kanssa toimitaessa ja hoitoalalla työskentelevien keskuudessa työstä johtuvat tuki- ja liikuntaelinvaikeudet ovat yleisiä. (Tamminen-Peter ym. 2010, 5.) Tässä osiossa käsittelemme potilaan avustus- ja siirtotehtävien oikeanlaista ergonomiaa ja sovellamme hoitotyön näkökulmaa omaisten tekemiin siirtymisten ja liikkumisen avustustehtäviin.

Potilaan avustamisen fyysisiä kuormitustekijöitä ovat hankalat työasennot sekä potilaan nostot ja siirrot. Erityisiä haasteita liikkumisen avustamiseen luovat äkkinäiset tilanteet, joissa kuormitus on suurimmillaan potilaan esimerkiksi menettäessä tasapainonsa. Pitkään jatkuvassa avustustyössä fyysinen kuormitus voi aiheuttaa tuki- ja liikuntaelimistön vaivoja, joista yleisimpiä ovat selkä- ja niskavaivat. (Tamminen 2005, 13-19; Tamminen-Peter ym. 2010, 5.) Potilaan fyysisessä avustamisessa tärkeintä on potilaan ja avustajan välinen vuorovaikutus. Avustajan on kyettävä arvioimaan potilaan liikkumista, sillä jokaisen potilaan avuntarve on yksilöllinen (Tamminen 2005, 43-44). Tähän omainen voi saada ohjausta hoitohenkilökunnan toimesta jo potilaan ollessa osastolla. Omaisten ergonomiohjauksessa tulee ottaa huomioon se ympäristö, jossa avustaminen tulee tapahtumaan. Tämä mahdollistaa siirtotaitojen harjoittelun todellisen tarpeen perusteella. Yleisimmät avustustilanteet liittyvät wc- ja makuutiloihin ja omaiset kaipaavat tietoa arjen toiminnoissa avustamisesta sekä apuvälineiden hankkimisesta ja käytöstä. (Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. 2012.)

Potilaan liikkumisen ja siirtymisen avustaminen lähtee potilaan avuntarpeen arvioinnista suhteessa avustajaan eli arvioidaan potilaan tila ja voimavarat suhteessa avustajan voimavaroihin, taitoihin ja fyysiseen kuntoon. Yksilön tarpeiden lisäksi tulee ottaa huomioon ympäristön turvallisuus ja mahdolliset tarvittavat apuvälineet. (Työterveyslaitos 2020.) Tarvittaviin apuvälineisiin omaiset saavat ohjausta osastolta tai oman kunnan apuvälinelainaamosta. Avustamisen aluksi potilaalle kerrotaan, mitä hänen tulee itse tehdä ja miten häntä tullaan avustamaan. Tämä mahdollistaa potilaan osallistumisen siirtymiseen ja antaa hänelle mahdollisuuden toimia luonnollisten liikemallien mukaan. Potilaalle tulee antaa riittävästi aikaa aktivoida omat lihaksensa. Avustaja voi aktivoida lihaksia esimerkiksi manuaalisen kosketuksen avulla. Tärkeää on varmistaa, että potilaan alkuasento mahdollistaa siirtymisen onnistumisen turvallisesti. Avustajan on hyvä työskennellä pääosin potilaan sivulta, jotta omalla ohjauksella ei estetä potilaan liikettä. Käyntiasento ja oman kehon painonsiirron hyödyntäminen vähentävät selän kuormitusta ja helpottavat tasapainon säilyttämistä painon ollessa jalkojen päällä. Kurkottelua ja kumartumista tulee välttää selän vääränlaisen kuormittumisen ehkäisemiseksi. Selän staattista kuormitusta voidaan myös vähentää tukeutumalla vartalolla tai yläraajalla esimerkiksi seinään tai sängynpäätyyn. Siirryttäessä sängystä pyörätuoliin on myös potilaan hyvä tukeutua johonkin ulkoiseen tukeen, kuten esimerkiksi tuoliin tai rollaattoriin. Tämä vähentää avustajan kuormitusta ja lisää potilaan turvallisuuden ja osallisuuden tunnetta. (Työterveyslaitos 2020.)

6 OMAISET AVH-POTILAAN TUKENA

Käsitlemme opinnäytetyössämme omaisten tiedollista tukemista ja AVH-potilaan omaisen roolia, sillä toimeksiantajamme hoitohenkilökunnan kanssa käydyssä keskustelussa ilmeni, että omaiset tarvitsevat lisää työkaluja ja tietoa AVH-potilaan kuntoutumisen tueksi hänen omassa kotiympäristössään. Lisäksi useissa tutkimuksissa (Cameron & Gignac 2008, 306-307; Gustafsson & Bootle 2013, 1381-1383; Kalra ym. 2004, 1-2; Lipponen ym. 2006, 44-45; Purola 2000, 28-29; Visser-Meily ym. 2006, 1557-1558) on nostettu esiin omaisten tiedollisen tukemisen tarve, jota käsitlemme seuraavassa osiossa tarkemmin.

Omainen on mukana AVH-potilaan päivittäisessä elämässä sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja osallistuu päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhdessä potilaan kanssa. Näin ollen on tärkeää, että omaisia tuetaan sekä tiedollisesti että taidollisesti. Tähän tarpeeseen pyrimme vastaamaan opinnäytetyöstämme syntyneen omaisen oppaan avulla. Vahvalla tiedollisella osaamisella vähennetään omaisten pelkoa ja ahdistusta ja luodaan turvallinen ympäristö toimia. Omaiselle suunnattu opas itsessään on jo tiedollista tukemista aivoverenkiertohäiriöstä kertovan informaation avulla, mutta lisäksi se sisältää konkreettista apua arjen tilanteisiin selkeiden esimerkkien kautta.

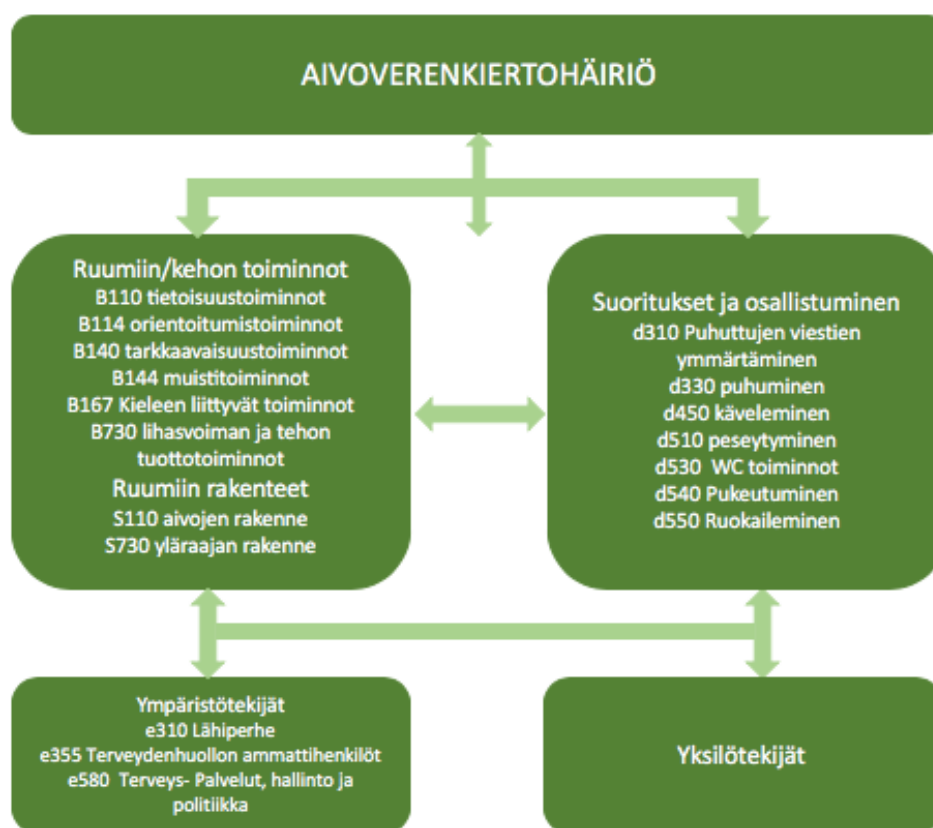
6.1 Omaisen rooli kuntoutuksessa

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumista pidetään pelottavana ja potilaan maailmaa romahduttavana kokemuksena. Elämänmuutos on usein odottamaton ja potilaan on kyettävä tulkitsemaan muuttunutta tilannetta elämän uudelleen rakentamiseksi. Muuttuneeseen elämäntilanteeseen liittyy erilaisia haasteita ja potilaan on arvioitava tilanteen merkitys ja vastattava sen synnyttämiin vaatimuksiin. Samaan aikaan kun keho ja aivot tuntuvat vierailta, tulee potilaan ylläpitää suhteita läheisiinsä, jotka voivat auttaa uudessa elämäntilanteessa. (Purola 2000, 24–25.)

Aivoverenkierron häiriöön sairastumisella voi olla vakavia seurauksia potilaan fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Näiden vaikutukset eivät kuitenkaan pelkästään kosketa sairastunutta vaan myös hänen omaisiaan. Yleensä omaisella tarkoitetaan oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Terveystieteiden tutkimuksissa aikuispotilaan kohdalla on yleisesti käytössä ilmaisu omaisesta, jolla tarkoitetaan potilaan läheisimpiä ihmisiä. (Lipponen ym. 2006, 45.)

Yhteiskunnan pyrkimys laitostumisen ennaltaehkäisemiseksi ja aikaisen kotiuttamisen mallin edistämiseksi lisäävät terveydenhuoltojärjestelmän riippuvuutta sairastuneiden omaisista. Monissa tapauksissa sairaalasta kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavat enemmän potilaan omaisen ominaisuudet ja valmiudet kuin AVH-potilaan ominaisuudet. Kysymyksiksi nousevatkin AVH-potilaan omaisen fyysiset ja henkiset valmiudet kotiympäristön fyysisen muokattavuuden lisäksi. (Visser-Meily ym. 2006, 1557–1558.) Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa sairastuneen omaiset saivat konkreettista koulutusta liittyen AVH-potilaan hoitotyöhön. Koulutus koostui ammattilaisen ohjaamista yleisistä aivoverenkierronhäiriöön liittyvistä ongelmista muun muassa ravitsemuksen, kävelyn ja asennonhallinnan avustamisen suhteen. Omaisten kouluttaminen AVH-potilaan kuntoutuksen aikana alensi hoitokustannuksia ja vähensi omaisten kokemaa kuormittuneisuutta ja ahdistuneisuutta vuoden pituisen seurannan aikana. (Kalra ym. 2004, 2–5.)

Omaisen roolin tärkeys aivoverenkiertohäiriöpotilaan toimintakyvyn kannalta on otettu huomioon myös aivoverenkiertohäiriöpotilaalle laaditussa kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksessa (ICF). Tutkijat ovat julkaisseet valikoiman tärkeimmistä ICF-luokista aivoverenkierronhäiriöiden kuntoutuksessa ja näistä 18 luokasta kolme koostuvat ympäristötekijöistä, joihin terveydenhuollon ja terveydenhuollon ammattilaisten rinnalle on nostettu sairastuneen lähiperhe. Kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen mukaan vammaisuutta ei ymmärretä yksilön piirteenä, vaan ihmisen terveydentilan ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. (Geyh ym. 2004, 138–139.)



Kuva 2: Mukailleen aivoverenkiertohäiriön ICF-ydinlistan lyhyt versio (Geyh ym. 2014, 138–139).

AVH-potilaiden avuntarve jokapäiväisessä elämässä toimintakyvyn muutoksen jälkeen on suurta ja omaiset ovat paitsi konkreettisen avun myös sosiaalisen tuen lähde (Purola 2000, 24–25). Potilaan omaisilta saama tuki voi muuttaa hänen näkemystään tilastaan ja sen on todettu lisäävän potilaan sitoutumista ja sopeutumista hoitoon sekä vähentävän myös muuttuneen elämäntilanteen aiheuttamia haitallisia kokemuksia (Lipponen ym. 2006 47–48).

Salosen (2010, 146–147) tekemän raportoinnin mukaan omaisten rooli sairaalasta kotiutumisvaiheessa näkyy osallistumisena arjen sujumiseen. Omainen auttaa potilasta esimerkiksi pukeutumisessa, peseytymisessä sekä kodinhoidossa huolehtien näin kuntoutujan arjen sujuvuudesta. Myös Purolan (2000, 67–72) tutkimuksen mukaan omaisten konkreettinen apu on merkittävin AVH-potilaan selviytymisen edellytys ja sosiaalisten suhteiden merkitys arkielämässä selviytymiseen on suuri. Omainen auttaa liikkumisen ja päivittäisten toimintojen avustamisen lisäksi myös ajan seuraamisessa muun muassa

lehtien lukemisen kautta. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien kognitiivisten vaikeuksien vuoksi omaisella on usein paremmat valmiudet hankkia tietoa sairastuneen kuntoutusmahdollisuuksista ja muista eduista. Näin ollen omaisen rooli arjen sujuvuuden lisäksi myös tiedon hankinnassa on tärkeä. Lisäksi läheisiltä saadulla emotionaalisella tuella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia AVH-potilaan uuden oppimisen ja yksinäisyyden vähentämisen kannalta.

Omaisen rooli AVH-potilaan arjessa voidaan nähdä moninaisena AVH:n sairastumisen vaikutusten ollessa kokonaisvaltaiset. Arjessa selviytyminen vaatii läheiseltä voimavarojen lisäksi laaja-alaista tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista sairastuneen toimintakykyyn (Virtanen 2000, 20). Tutkimuksissa on todettu läheisten kamppailevan osaamisensa ja tiedollisten valmiuksiensa suhteen osallistuessaan AVH-potilaan hoitoon sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Virtasen (2014, 20–28) esittämän tutkimustiedon mukaan AVH-potilaan omaiset jäävät liian vähäiselle huomiolle ja heidän tuen ja tiedon saantinsa on puutteellista. AVH-potilaan kuntoutuksen tukemisella on todettu olevan suuri vaikutus potilaan arjessa selviytymiseen, mikä asettaa lisävaatimuksia hoitajana toimivan omaisen roolille.

Omaisten siirtyessä huolehtimaan AVH-potilaasta sairaalasta kotiutumisen jälkeen, on heidän tukitarpeensa kattavat. He tarvitsevat tiedollista tukea ja ohjausta selviytyäkseen potilaan päivittäisten toimintojen hallinnasta sairaalaympäristön muuttuessa kotiympäristöksi. Sairaalassa saatu ohjaus ei välttämättä ole helposti sovellettavissa kotiympäristöön, ja tilojen ahtaus sekä huonekalujen sijainti saattavat aiheuttaa vaikeuksia. Äkillinen siirtyminen kotiympäristöön ilman terveydenalan ammattilaisen tukea aiheuttaa omaisissa pelkoa ja ahdistusta. Siirtymävaiheen aikana onkin tärkeää tarjota omaisille ohjausta liittyen potilaan toiminnan tukemiseen ja hoitotoimenpiteisiin, jotta mahdollisiin ongelmakohtiin voidaan tarttua ajoissa. (Cameron & Gignac 2008 307–308.)

6.2 Omaisten tiedollinen tukeminen

Läheisen sairastuminen ei kosketa pelkästään sairastunutta itseään, vaan voi koetella hänen omaisiaan monin tavoin. Omaiset saattavat reagoida muuttuneeseen tilanteeseen sairastumalla fyysisesti ja toiset taas kärsiä psyykkisistä vaivoista. Monille sairastuneen omaisille kyse on fyysisen ja psyykkisen oireilun yhdistelmästä. Terveydenhuol-

lon ammattilaisten tehtävä on tukea sairastuneen omaista ohjaamalla ja tarjoamalla yksilöllisiin tarpeisiin soveltuvaa tiedollista ja emotionaalista tukea. (Lipponen ym. 2006, 45.)

Tiedollisella tuella tarkoitetaan tietojen antamista, jolla pyritään auttamaan yksilöä ongelman ratkaisemisessa. Sairastuneen omaiset tarvitsevat tietoa saadakseen eväitä läheisen sairastumisen aiheuttaman stressin ja epätietoisuuden käsittelemiseksi. Omaisen tiedon tarve on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa läheisen ihmisen sairastumisen vakavuus ja sairauden vaiheet. Lähtökohta tiedolliselle tuelle on omaisen aikaisemmat tiedot, tiedon käsittelytaidot sekä kyky suhtautua uuteen tilanteeseen. Omaisen saamalla tiedolla voidaan vaikuttaa myös positiivisesti potilaan kokemukseen sairastumisestaan sekä sen aiheuttamaan ahdistukseen. Tiedollisella tuella voidaan näin ollen lisätä potilaan ja omaisen kokemaa turvallisuutta ja tyytyväisyyttä hoitoon. (Lipponen ym. 2006, 45.)

Omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea jatkuvasti, rehellisesti ja pyytämättä. Epävarmuus sairastuneen läheisen tilasta heikentää omaisen henkistä tasapainoa ja tiedon puute aiheuttaa omaisissa pelkoa. Omaiset odottavat saavansa tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta sekä jatkohoidosta. Hoitohenkilökuntaa tietojen antamisen suhteen sitoo vastuullisuus, luottamus ja vaitiolovelvollisuus. Tiedon antamisessa on otettava huomioon potilaan toiveet ja itsemääräämisoikeus omaa sairautta koskevaan tietoon. (Lipponen ym. 2006, 45.)

Lipponen ym. (2006, 46–51) laatimien omaisten ohjauksen suositusten mukaan tiedollisen tuen antamiseksi hoitohenkilökunnan on ensin selvitettävä potilaalta, mahdollisuuksien mukaan, kenelle ja minkälaista tietoa ja ohjausta annetaan. Omaiselle tiedottaminen edellyttää potilaan suostumusta ja henkilökunnan eettisenä velvollisuutena on potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (Laki 785/1992) noudattaminen. Potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvan henkilökunnan tulee rohkaista omaista osallistumaan potilaan hoitoon helpottaen näin omaisten ulkopuolisuuden tunnetta sairaalassa vierailun aikana. Avoin ja osallistava kommunikaatio antaa tilaa omaisten kysymyksille, ja omaiset usein toivovat keskusteluja ja tietoja potilaan sairaudesta ja sen jatkohoidosta. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tiedostaa roolinsa aloitteentekijänä vuorovaikutustilanteissa potilaan omaisen kanssa. Omaisten tiedon tarpeiden kartoittaminen helpottaa yksilöllisen ohjauksen antamista ja tukee välillisesti potilaan sopeutumista ja sitoutumista hoitoon.

Potilaan omaisen ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa ja ohjausta tulee antaa ymmärrettävällä kielellä. Ohjauksen tulee olla konkreettista ja omaisen tiedollisia tarpeita yksilöllisesti tukevaa. Tiedonantotapa on merkittävä tekijä ymmärrettävyyden kannalta.

Monimutkainen selittäminen ei ole tarkoituksenmukaista ja väärinymmärrysten välttämiseksi tulkintojen yhdenmukaisuuden tarkistaminen on suositeltavaa. Potilaiden ja omaisten turvallisuuden tunnetta lisää tieto siitä, mitä tehdään ja miksi. Tiedon antamisen tulee kuitenkin olla dialogista ja potilaan omaisen tarpeita vastaavaa, eikä omaisen ohjaus saa olla ylhäältäpäin tulevaa tiedon jakamista. Kun hoitohenkilökunta ja potilaan omainen yhdistävät tietonsa voivat he sen myötä löytää parhaat ratkaisut ohjauksen tavoitteen saavuttamiseksi. (Lipponen ym. 2006, 51.)

7 TARPEESTA TUOTTEEKSI – OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

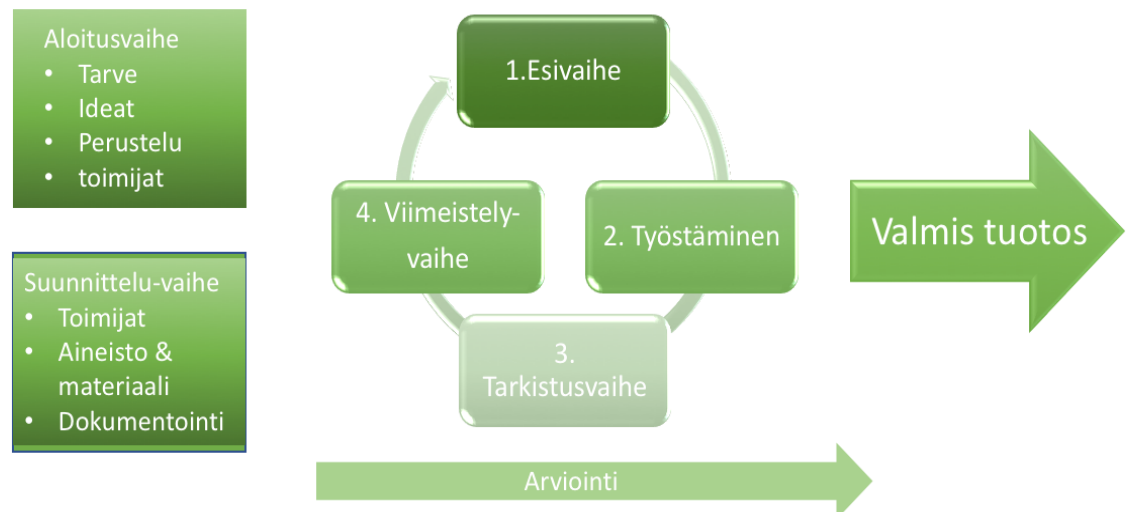
Opinnäytetyön lähtökohtana oli toimeksiantajamme sanoittama tarve oppaan tekemisestä AVH-osastolle. Tähän tarpeeseen vastasimme kehittämistyöllä, jonka tuloksena syntyi konkreettinen opas hyödynnettäväksi suoraan osastolla AVH-potilaiden omaisille kotiinpaluun hetkellä. Käytännön työ sisälsi oppaan teoreettisen viitekehyksen kokoamisen ja sen soveltamisen omaisten hyödynnettäväksi sairastuneen toimintakyvyn tukemiseksi.

7.1 Kehittämistyö menetelmänä

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan toiminnallinen opinnäytetyö ja toteutuu kehittämis-toimintana mukaillen Salosen (2013, 16–20) kuvaamaa konstruktivistista vaihemallia (kuvio 1). Kehittämistyön lähtökohtana on muutostarve, jonka tuloksena syntyy tuotos. Tuotoksessa on kyse toimista, joita tehdään organisaation toiminnan parantamiseksi ja ongelman ratkaisemiseksi. (Kananen 2012, 19–21.) Kaikki kehittämistoiminta nojautuu käsitykseen siitä, mikä on kehitettävä kohde, kehittämisen tavoite ja millaisin kehittämisen menetelmin ja välinein ratkaisu pyritään löytämään. Lisäksi on pohdittava, miten tehtyä kehittämistä arvioidaan sekä mitkä ovat lopullisen tuotoksen levittämisen tavat ja kanavat. Toiminnan tulee perustua ymmärrykseen, sitoumukseen sekä toimintaa ohjaaviin sääntöihin. (Salonen 2013, 29.)

Kehittämistyön eteneminen konstruktivisen vaihemallin mukaisesti tukeutuu perusajatukseen lineaarisuuden ja syklisyyden ilmenemisestä tutkimuksen eri vaiheissa. Konstruktivistisessa mallissa lineaarisuus on läsnä ajallisesti peräkkäisinä vaiheina, jotka seuraavat toisiaan opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti. Syklisyys puolestaan ilmenee kehittämistoiminnassa tapahtuvana arviointina, paluuna ja pysähtymisenä sekä tarvittaessa toimenpiteiden uudelleensuuntaamisena. Konstruktivistisen mallin mukaisessa työskentelyssä ovat vahvasti läsnä reflektio, inhimillisten tekijöiden huomioon ottaminen ja toiminnassa oppiminen. (Salonen 2013, 16–20.) Valitsimme konstruktivistisen vaihemallin opinnäytetyömme menetelmäksi, sillä koemme mallissa ilmenevän syklisyyden ja toiminnan uudelleen suuntaamisen sopivan hyvin oppaan työstämiseen liittyvään jatkuvaan ideointiin ja mahdollisuuteen palata taaksepäin rinnalla tapahtuvan jatkuvan arvioinnin ja reflektion myötä. Lisäksi koimme, että työn vaiheistaminen mallin lineaarisen

osuuden myötä mahdollistaa huolellisen suunnittelun sekä ideointi- että toteutusvaiheessa. Konstruktivistisen mallin painottama tutkimuksellinen kehittämisote (Salonen 2013, 16-20) näkyy opinnäytetyössämme perusteellisena tiedonhakuna, jolla loimme teoreettisen viitekehyksen oppaassa esitetyille asioille.



Kuva 3: Kehittämistoiminnan konstruktivistinen malli mukaillen (Salonen 2013.)

7.2 Käytännön toteutus

Seuraavassa osiossa kuvaamme vaihe vaiheelta opinnäytetyömme toteutuksen perustuen edellä kuvattuun kehittämistyön konstruktivistiseen malliin. Kuljetamme rinnalla Salosen (2013, 12–20) kuvailemaa teoriaa mallin vaiheisiin liittyen.

7.2.1 Aloitusvaihe – tarpeesta ideaksi

Konstruktivistisen mallin mukaan kehittämistyö alkaa toimijoiden kesken aloitus- ja suunnitteluvaiheena, jonka aikana muutostarpeen pohjalta ideoidaan käytännön toteutusta. Aloitusvaiheen keskiössä on prosessin suunnan linjaaminen toimijoiden kesken sen oi-

keassa toimintaympäristössä. Tärkeää hankkeen onnistumisen kannalta on avoin vuorovaikutus toimijoiden kesken ja työn tavoitteiden selkeys ja realistisuus. (Salonen 2012, 17.)

Opinnäytetyöprosessimme alkoi toisen opiskelijan ollessa töissä Salon terveyskeskussairaalassa. Osaston AVH-solussa pidettiin moniammatillinen palaveri elokuussa 2019, jossa nousi esille tarve potilaiden omaisten tiedon lisäämisestä kuntoutuksen tukemiseksi. Kyseinen opiskelija kävi alustavia keskusteluja osaston fysioterapeutin ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Näiden keskustelujen perusteella muodostui varsinainen opinnäytetyön toimeksianto. Toimeksiannon jälkeen ensimmäinen yhteinen palaveri pidettiin 29.10.2019 fysioterapeuttiopiskelijoiden, kahden sairaanhoitajan ja osastonhoitajan kesken. Keskeinen idea opinnäytetyön sisällön suhteen oli kuntoutusprosessissa väliinpuotoajien ennaltaehkäiseminen kuntoutujien omaisten tukemisen kautta. Toimeksiantajan toiveet tuotoksen suhteen olivat selkeät. He halusivat konkreettisen painetun tuotteen, jossa hyödynnettäisiin yksinkertaisen ja ymmärrettävän kielen lisäksi kuvia. Itse painotimme oppaan suhteen kuntouttavaa näkökulmaa ja ohjeiden selkeyttä ja käytännölläisyyttä. Kehittämistehtävä rajattiin koskemaan oppaan luomista teoreettisen tiedonhaun perusteella, sillä tulimme yhdessä siihen tulokseen, että kokemustiedon hakeminen osastolla vierailevien omaisten kautta on vaikeaa vaihtelevan potilasmateriaalin vuoksi, eikä näin ollen voida muodostaa riittävää otosta. Teoreettinen tiedonhaku on esitelty tarkemmin kohdassa 7.3. Pääasialliseksi kommunikaatitavaksi sovimme yhteydenpidon osastonhoitajan kanssa sähköpostitse.

7.2.2 Suunnitteluvaihe – hankeidean kirkastaminen

Suunnitteluvaiheessa keskiössä ovat aiheen tarkka määrittely, aineiston kerääminen ja käytännön työn aikataulutus, joiden perusteella luodaan kirjallinen kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelman avulla määritellään hankkeen tavoitteet, toimijat ja tiedonkeruumenetelmät. Konstruktivistisen mallin armollisuus näkyy tässäkin vaiheessa suunnittelussa vain sillä tarkkuudella, kuin se prosessin alkuvaiheessa on mahdollista määritellä. (Salonen 2013, 15–17.)

Suunnitteluvaiheen työstäminen alkoi ensimmäisen toimeksiantajien kanssa pidetyn tapaamisen jälkeen. Aloitimme opinnäytetyöprosessin lähdemateriaalin keräämisellä ja opinnäytetyön rungon muodostamisella. Tähän kuului muun muassa sopivan menetel-

män löytäminen. Kuten edellä kuvasimme, sopivaksi menetelmäksi jo opinnäytetyön alkumetreillä valikoitui konstruktivistinen vaihemalli. Suunnitteluvaiheen alussa keräsimme tietolähteitä niin kirjojen kuin tutkimusten ja artikkelien muodossa. Tiedonhakuprosessissa pyrimme löytämään vastaukset kysymyksiin: Mikä on omaisen rooli AVH-potilaan kuntoutuksessa ja miten omaiset kokevat AVH-potilaan hoidon sairaalasta kotiutumisen jälkeen? Lisäksi kokosimme yhteen teoreettista viitekehystä koskien aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksen pääpiirteitä. Opinnäytetyön alkupalaverissa toimeksiantaja antoi meille vapaat kädet oppaan sisällön määrittämiseksi. Tämän koimme suunnitteluvaiheessa erityisen haastavaksi. Tiedonhakumme perusteella omaisten kokemuksesta löytyvä tieto oli suppeaa ja koski pääosin omaisten tiedollisen tuen tarvetta määrittelemättä sen tarkemmin sen sisältöä. Koimme haasteelliseksi rajata oppaan sisältöä olemassa olevien resurssien puitteissa. Päädyimme kuitenkin keskittymään oppaassa asioihin, jotka kirjallisuuden ja olemassa olevan tutkimustiedon valossa vaikuttavat merkittävästi AVH-potilaan itsenäisen toimintakyvyn tasoon. Pidimme vahvasti taustalla ajatusta siitä, millaisin keinoin omaisen on mahdollista tukea AVH-potilaan kuntoutumista.

Suunnitteluvaiheen lopussa lähetimme kirjallisen suunnitelman toimeksiantajalle kommentoitavaksi ja esitimme suunnitelman Turun ammattikorkeakoulun terveyden ja hyvinvoinnin alojen opinnäytetyöpajassa 24.2.2020.

7.2.3 Toteutusvaihe – ideasta oppaaksi

Salosen konstruktivistisen mallin (2013, 17–18) mukaan toteutusvaihe koostuu syklisesti neljästä toiminnan jaksosta, jotka mallin hengen mukaisesti vuorottelevat keskenään: esi-, työstö-, päätös- ja viimeistelyvaihe. Toteutusvaiheen tärkein vaihe on työstövaihe, joka seuraa huolellisesti tehtyä suunnitteluvaihetta. Työstövaiheessa opinnäytetyön toimijoiden ammatillisuutta mitataan muun muassa työn suunnitelmallisuudessa, vastuullisuudessa, itsenäisyydessä ja epävarmuuden sietämisessä. Tässä vaiheessa vertaistuki ja työstä saatu palaute ovat keskeisessä roolissa ammatillisen kehittymisen näkökulmasta. (Salonen 2013, 18.)

Kehittämistyön toteutusvaiheessa kävimme läpi kaksi sykliä, jotka kulkivat rinta rinnan käytännön toteutuksessa. Ensimmäisessä syklissä työstimme oppaan teoreettista viitekehystä oppaan sisällön muodostamiseksi ja teimme alustavan suunnitelman oppaan sisällöstä. Sisällön kannalta halusimme painottaa yksinkertaisuutta ja ohjeiden käytän-

nönläheisyyttä, unohtamatta kuitenkaan aivoverenkiertohäiriöön liittyvän teorian sisällyttämistä omaisille ymmärrettävään muotoon. Lähetimme ensimmäisen oppaan raakaversioon toimeksiantajallemme Saloon kommentoitavaksi. Raakaversiossa esitimme oppaan sisällön pääpiirteittäin ja pyysimme toimeksiantajaltamme kehitysehdotuksia ja kommentteja sisällön suhteen. Tässä vaiheessa oppaasta rajautui pois esimerkiksi potilas-siirtojen kuvalliset ohjeet, sillä toimeksiantajamme koki niiden tuovan liikaa pituutta oppaalle ja potilaiden erilaisuus toisi myös haasteita yleispätevien ohjeiden esittämisen suhteen. Salossa omaisten ohjauksen tavoitteena on, että hoitava fysioterapeutti ohjaa omaisille potilaan siirtymisten avustamista osastolla ennen kotiutumista. Näin ollen jätimme siirtymisohjeet pois oppaasta tarpeettomina. Muuten oppaan sisältö vastasi toimeksiantajan ajatuksia ja pääsimme työstämään oppaan ulko- ja kirjoitusasua. Toteutusvaiheen käytännön työtä hidasti kevään 2020 COVID19-pandemia, minkä seurauksena työskentely tapahtui etänä ja yhteisten palaverien sopiminen ei onnistunut. Myös osa oppaan valokuvista oli alun perin tarkoitus ottaa osastolla, mutta vierailukiellon vuoksi se ei onnistunut.

Toisessa syklissä kokosimme varsinaisen oppaan edellisessä vaiheessa muodostetun suunnitelman pohjalta ja otimme oppaaseen tarvittavat valokuvat. Toinen sykli koostui oppaan tekstien laatimisesta ja sen ulkoasun sommittelemisesta. Päädyimme tekemään oppaan sähköisessä versiossa A5-kokoiseksi ja jättämään toimeksiantajalle viimeisen sanan siitä, miten he haluavat opasta omassa yksikössään hyödyntää.

7.2.4 Tarkistus- ja viimeistelyvaihe

Salosen (2013, 18) mukaan tarkistusvaiheen voidaan nähdä sisältyvän kaikkiin kehittämissyklin vaiheisiin, vaikka se kuvassa 3 onkin eroteltuna omaksi vaiheekseen. Tarkistusvaiheessa kehittämistyössä syntynyttä tuotosta arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ja toiveisiin. Vaiheena tarkistusvaihe voi olla lyhyt ja kertaluontoinen tai se voi palauttaa tekijät takaisin työstövaiheeseen.

Syklisen mallin hengen mukaisesti tarkistusvaihe oli läsnä jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, jossa suunnitelma esitettiin opponijille ja ohjaavalle opettajalle. Heiltä saatujen kommenttien ja ohjeiden perusteella opinnäytetyön suunnitelmaa työstettiin kohti valmista raporttia ja kehittämistyön tuloksena syntyvää opasta, mikä käynnisti omalta osaltaan edellä kuvatun työstövaiheen toisen syklin. Konstruktivistisessa mallissa vahvasti läsnä oleva tehdyn työn reflektointi voidaan myös nähdä käytännön työssä

osana tarkistusvaihetta ja erityisesti oppaan työstämisessä jatkuva arviointi oli voimakkaasti läsnä.

Viimeistelyvaihe työllistää opinnäytetyön tekijöitä, sillä sen aikana tulee viimeistellä sekä kehittämishankeraportti että työn tuloksena syntyvä tuotos (Salonen 2013, 18). Viimeistelyvaiheessa viimeistelimme oppaan ja kehittämishankeraportin ulkoasua ja keräsimme palautetta toimeksiantajalta ja ohjaavalta opettajalta. Lisäksi opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa saimme oppaan vielä AVH-potilaan lähiomaisen kommentoitavaksi ja arvioitavaksi. Omainen koki oppaan sisällön vastaavan hyvin hänelle heränneisiin kysymyksiin sekä aivoverenkiertohäiriön oireista että potilaan avustamisesta kotiutumisen jälkeen. Omainen nosti esille mielestämme tärkeän näkökulman siitä, kuinka paljon tietoa omaisten tulee omaksua lyhyessä ajassa eri terveydenhuollon ammattilaisten taholta läheisen sairastumisen yhteydessä ja kuinka vaikeaa tiedon omaksuminen on kriisitilanteessa. Lisäksi hän koki, että internetistä hankitun tiedon luotettavuus on hankala määrittellä ilman terveydenhuollon alan kokemusta ja oppaan olevan hyvä ratkaisu yksinkertaisen ja tärkeän tiedon tarjoamiseksi omaiselle vakavan kriisitilanteen kohdatessa. Hän koki oppaan olevan hänelle henkilökohtaisesti suunnattu, minkä koimme erittäin tärkeäksi opasta luodessamme. Toimeksiantajamme kommentit oppaasta tukivat haastattelemamme omaisen näkökulmaa ja he olivat tyytyväisiä tuotokseen. Opas päädyttiin teettämään Salon kaupungin kirjapainossa A5-kokoisena värillisenä kirjasena ja sitä tullaan tilaamaan osastolle alustavasti 150 kappaletta. Opas jää Salon terveyskeskussairaala osasto 1:n vapaaseen käyttöön sähköisessä muodossa ja osasto voi tilata oppaita lisää tulevaisuudessa. Opas on tarkoitus yhdistää käytännön työhön siten, että opas annetaan jokaiselle AVH-potilaan omaiselle potilaan kotiutuksen ollessa ajankohtaista. Oppaan läpikäymisestä ja omaisten ohjauksesta vastaa potilasta hoitava fysioterapeutti.

7.3 Tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyön työstäminen alkaa aina kirjalliseen aineistoon perehtymisellä, minkä avulla luodaan pohja kehittämistoiminnan teoreettiselle viitekehykselle. Kirjallinen aineisto voi koostua esimerkiksi opinnäytetyössä käsiteltävää ilmiötä selittävistä malleista sekä tiedemaailmassa jo julkaistuista raportoinneista. Aihealueeseen liittyvällä substanssikirjallisuudella ja menetelmäkirjallisuudella tutustutaan kehitettävään ilmiöön ja siihen, mitä ilmiöstä on aikaisemmin kirjoitettu. (Kananen 2012, 47, 88.)

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä hyödynnettiin kirjallista aineistoa, joka koostui fysioterapeuttisesta ammattikirjallisuudesta sekä menetelmäkirjallisuudesta. Lisäksi teoreettista viitekehystä laajennettiin opinnäytetyön aihetta käsittelevää tutkimustietoa hyödyntämällä. Tutkimustietoa haettiin vapaamuotoisella kirjallisuushaulla kahdessa osassa. Ensin tietoa haettiin liittyen omaisten kokemukseen AVH-potilaan hoidosta kotiympäristössä, omaisten kokemukseen sairaalasta saadusta ohjauksesta sekä omaisten tiedollisen tuen tarpeesta liittyen AVH-potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Tutkimustietoa haettiin seuraavista tietokannoista: Cochrane Library, Pedro, Cinahl Complete, Google Scholar, Elsevier Science direct, Google Scholar ja PubMed. Haku rajattiin koskemaan alle 20 vuotta vanhoja tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita. Avainsanat määriteltiin koskemaan edellä kuvattua aihealuetta ja valitsimme tutkimusten kieleksi englannin, sillä suomalaisia aihetta käsitteleviä tutkimuksia löytyi puutteellisesti luukunottamatta muutamaa Pro-Gradu väitöskirjaa ja tutkielmaa (Purola 2000; Salonen 2010; Virtanen 2014). Tutkimuksia haettiin seuraavilla avainsanoilla:

"Stroke AND informal carers experience", "Stroke AND carers", "Stroke rehabilitation AND home", "Information provision AND stroke", "omaisten rooli avh-kuntoutuksessa" ja "omaisten tiedollinen tukeminen".

Toisessa syklissä tutkimustietoa haettiin ajankohtaisista kuntoutuksen menetelmistä, joita pyrimme soveltamaan AVH-potilaan toimintakyvyn tukemiseksi hänen omassa kotiympäristössään. Tiedonhaun taustalla pidimme ajatusta siitä, mitkä menetelmät olisivat AVH-potilaan omaiselle yksinkertaisia ja helppoja toteuttaa ja miten ne tukevat potilaan arjessa selviytymistä mahdollistaen mahdollisimman itsenäisen toiminnan. Artikkeleista ja tutkimuksista rajautuivat pois sairaalaympäristöä ja välineitä vaativia menetelmiä käsittelevät julkaisut. Teoriatietoa haettiin edellä kuvatuista tietokannoista englanniksi seuraavilla avainsanoilla:

"Stroke AND Spacticity", "Spacticity AND rehabilitation methods", "Unilateral Neglect AND rehabilitation", "Visuospatial Neglect AND dailyactivities".

Suomeksi tiedonhaku kohdistettiin kustannus oy Duodecimin ylläpitämään Terveysportti-tietokantaan avainsanoilla "Neglect", "neuropsykologinen kuntoutus" ja "Neglect-oire". Lisäksi tutustuimme Aivoliiton ja Terveyskylän www-sivujen tarjoamaan omaisille suunnattuun tietoon, jota hyödynsimme oppaassamme. Tiedonhakua ja teoreettisen viitekehysten syventämistä tehtiin sekä suunnitteluvaiheessa että läpi koko syklisen toteutusprosessin.

8 LOPUKSI

8.1 Valittujen menetelmien luotettavuus ja opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitunut kehittämistyö sisältää Kanasen (2012, 162-163) mukaan sekä tutkimustyötä että kehittämistyötä. Kehittämistyössä taustalla vaikuttavat tieteellisyys ja tutkimustyön menetelmät, jotka tässä opinnäytetyössä ilmenivät muun muassa tiedonkeruun menetelmissä. Kehittämistyön aikana tapahtuvaa tutkimustyötä ja sen luotettavuutta esimerkiksi teoreettisen viitekehyksen kokoamisessa arvioidaan tieteen näkökulmasta. Luotettavuuden arviointi on osa opinnäytetyöprosessia ja se sisältää kehittämistyön reliabiliteetin sekä validiteetin (Anttila 2007, 145-148). Validiteetti tutkimusmenetelmien näkökulmasta ilmaisee sen, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, jota tutkitaan. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja pysyvyyttä, eli sitä, että jos tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. (Hirsjärvi ym. 2007, 213; Kananen 2012, 167.)

Opinnäytetyön luotettavuudesta pyrittiin huolehtimaan koko opinnäytetyöprosessin ajan hyödyntämällä luotettavia lähteitä ja mahdollisimman ajankohtaista alan tutkimustietoa. Ideaalitulanteessa tiedonkeruu olisi rajattu 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin ja artikkeleihin mutta jouduimme hyödyntämään sen sijaan myös 20 vuoden sisällä tuotettuja julkaisuja, sillä koimme, että teoreettinen viitekehys olisi muuten jäänyt liian suppeaksi. Toiseksi luotettavuutta mahdollisesti heikentäväksi tekijäksi voidaan nostaa se, ettei kehittämistyössä ollut mahdollisuutta hyödyntää esimerkiksi omaisten haastatteluja heidän tiedollisen tukensa ja ohjauksen tarpeensa kartoittamiseksi. Koemme kuitenkin, että saimme tuotua omaisten näkökulmaa tarpeeksi esille hyödyntämällä olemassa olevia aihetta käsitteleviä julkaisuja. Oppaan viimeistelyvaiheessa saimme annettua sen AVH-potilaan omaisen luettavaksi ja kommentoitavaksi, minkä koemme lisäävän työn validiteettia varsinaisen kohdekäyttäjän kokemuksen perusteella. Lisäksi pyrimme lisäämään kehittämistyön luotettavuutta hyödyntämällä tuloksena syntyneessä oppaassa selkeää ja helppolukuista ulkoasua.

Toinen tärkeä luotettavuuden osatekijä on dokumentaation läpinäkyvyys ja täsmällisyys koko opinnäytetyöprosessin läpi. Sen avulla todennetaan prosessin aikana käytetyt menetelmät ja kuvataan, miten kaikki toiminta on tapahtunut. (Kananen 2012, 162–163.)

Pyrimme koko opinnäytetyöprosessin ajan huolehtimaan dokumentaation läpinäkyvyydestä ja täsmällisyydestä siten, että ulkopuolisen on mahdollista toistaa tekemämme tiedonhaku ja päätyä kanssamme samoihin johtopäätöksiin.

Osa opinnäytetyön luotettavuutta on eettisten ohjeiden noudattaminen. Kehittämistyössä hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen lisää sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6) kunnioitimme opinnäytetyössämme muiden tutkijoiden ja ammattilaisten tekemää työtä ja viittasimme hyödyntämiimme julkaisuihin asianmukaisesti antaen heille työstään ansaitsemansa arvostuksen.

Toimimme opinnäytetyössämme Suomen Fysioterapeuttien laatimien fysioterapeuttinen eettisten ohjeiden mukaisesti, joiden avulla muun muassa arvioimme toimintamme oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja vastuutamme tulevana oman alamme asiantuntijoina. (Suomen Fysioterapeutit 2014.)

8.2 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön suurin haaste oli aiheen rajaaminen ammattikirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella, unohtamatta kuitenkaan ammatillista kokemusta aiheesta opintojen ja työkokemuksen kautta. Jälkikäteen ajateltuna koemme, että aiheesta ja oppaasta olisi saanut henkilökohtaisemman, mikäli meillä olisi ollut mahdollisuus hyödyntää esimerkiksi osastolla olevien AVH-potilaiden omaisten kokemuksia ja haastatteluja jo oppaan sisällön muodostamisessa. Käytännön järjestelyissä tämä olisi tarkoittanut pidempää aikaväliä opinnäytetyön tekemiseen, jotta kohderyhmän otannasta olisi saatu tarpeeksi suuri. Salon terveystieteiden osastolla aivoverenkiertohäiriöpotilaita saattaa olla hyvinkin epäsäännöllisesti ja heidän jatkohoitopaikan tarvetta on alkuvaiheessa mahdollista arvioida. Näin ollen kotiin palaavien potilaiden omaisten kokoaminen järkeväksi otokseksi olisi ollut hankalaa. Olemme kuitenkin iloisia, että loppuvaiheessa saimme hyödynnettyä omaisen näkökulmaa oppaan viimeistellystä versiosta ja saimme näin ollen varsinaisen kohdekäyttäjän mielipiteen työmme tuloksesta. Omaisen positiivinen kokemus oppaasta ja sen tarpeellisuudesta oli meille arvokas ja tuki työmme tarpeellisuuden arviointia sekä lisäsi työn luotettavuutta. Koemme, että saimme kokoon kattavan ja samalla yksinkertaisen kokonaisuuden, mikä vastasi opinnäytetyöprojektin alussa asetettuja tavoitteita oppaan suhteen. Oppaan sisältämät ohjeet ovat ammattikirjallisuudella

ja tutkimustiedolla perusteltavissa olevia, vaikka ne eivät suoraan vastaakaan konkreettisten omaisten tarpeeseen. Oppaassa esitelty ratkaisut palvelevat varmasti monia AVH-potilaita ja heidän omaisiaan, perustuvathan ne arkielämässä toistuviin tilanteisiin ja toimintoihin.

Aikataulullisista ja kevään 2020 COVID19-pandemiasta johtuvista käytännön syistä myös oppaan laajemman käyttäjäkokemuksen arviointi kentällä jäi puuttumaan, sillä oppaan loppuun tekeminen tapahtui etätyöskentelynä ja myös toimeksiantajamme käytännöt esimerkiksi sairaalassa vierailevien omaisten suhteen muuttuivat äkillisesti. Näin ollen konstruktivistisen mallin mukainen viimeistelyvaiheessa tapahtuva arviointi ei kehittämistyössä täysin toteutunut. Oppaasta ei kerätty palautetta esimerkiksi kyselylomakkeen avulla, vaan kohderyhmän arvio tapahtui vain yhden AVH-potilaan omaisen suullisena arviona. Tältä osin työtä voisi kehittää tulevaisuudessa vastaamaan tarkemmin AVH-potilaiden omaisten tarpeisiin keräämällä palautetta opasta käyttäneiltä omaisilta ja kehittämällä oppaan sisältöä saadun palautteen perusteella. Olemme kuitenkin tyytyväisiä työn lopputulokseen, sillä koemme sen palvelevan toimeksiantajaamme sekä oppaan kohderyhmää. Opinnäytetyöstämme syntynyt opas tulee olemaan osa Salon terveyskeskussairaalan vuodeosaston aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaprosessia. Sitä hyödynnetään kotiin lähtevien AVH-potilaiden omaisten fysioterapeuttisessa ohjauksessa ja neuvonnassa ja näin ollen koemme oppaan täyttävän opinnäytetyöprosessin alussa asetetut tavoitteet. Opinnäytetyöllämme pyrimme tuomaan esille omaisten roolin tärkeyden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa ja koemme, että samaa näkökulmaa voidaan jatkossa hyödyntää myös muiden sairauksien kohdalla.

Opinnäytetyöprosessin läpikäyminen oli jo oppimista itsessään, sillä meillä molemmilla oli kyseessä ensimmäinen akateeminen lopputyö. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheen suurimpia haasteita oli opinnäytetyön menetelmän valinta, sillä eri lähdemateriaaleissa suositeltiin eri menetelmiä ja esiin nousi myös täysin vastakkaisia ohjeistuksia siitä, millainen opinnäytetyön pitäisi olla. Lopulta kuitenkin löysimme mielestämme oikean menetelmän opinnäytetyön toteutukseen ja sen toteuttaminen onnistui pääsääntöisesti suunnitelman mukaan, poikkeuksena yllä mainitut äkilliset muutokset.

Koemme, että opinnäytetyössämme käsitelty omaisten näkökulma auttoi ajattelemaan kuntoutusta meille tutun ammatillisen fysioterapian ulkopuolelta. Oppaan teksti ja konkreettiset harjoitteet tuli kirjoittaa omaisille ymmärrettävään muotoon. Teksti ja harjoitteet tuli ajatella siitä näkökulmasta, että sitä lukevilla henkilöillä ei ole syvempää osaamista

ihmisen anatomiasta, liikkumisen biomekaniikasta tai motorisesta oppimisesta. Kokeemme, että perinteisen fysioterapeuttisen näkökulman laajentaminen antaa työkaluja integroimaan myös omaiset osaksi fysioterapiaprosessia omassa käytännön työssämme erityisesti AVH-potilaiden kanssa toimiessa. Onhan ympäristö ja potilaan lähipiiri nostettu Kansainvälisessä toimintakyvyn luokituksessa (ICF) osaksi potilaan toimintakyvyn kokonaisuutta.

LÄHTEET

Aivoliitto 2020. Afasia. Tietoa afasiasta. Viitattu 25.3.2020 <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkier-tohairio/sairastumisen-jalkeen/muutokset/kieli-puhehairiot/afasia/>

Aivoliitto. Afasia. Afasia-esite terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille. 2013. Sisällöstä vastaa Aivoliitto. Viitattu 25.3.2020 <https://dyajetwym1cg9.cloudfront.net/assets/files/4105/afasiaesite.pdf>

Aivotalo. Terveyskylä. Neglect eli toispuoleinen huomiotta jäämisen häiriö – Miten lievittää haittaa? 2018. www.aivotalo.fi > aivot ja toimintakyky > neglect eli toispuoleinen huomiotta jäämisen häiriö > miten lievittää haittaa?

Anttila, P.2007.Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Akatiimi Oy, Hamina.

Azouvi, P.; Jacquin-Courtois, S. & Luauté, J. 2016. Rehabilitation of unilateral neglect: Evidence-based medicine. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Volume 60, Issue 3.

Bosma, MS.; Nijboer, T.; Caljouw, M. & Achterberg, W.2019. Impact of visuospatial neglect post-stroke on daily activities, participation and informal caregiver burden: A systematic review. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877065719300727?via%3Dihub>

Cameron J. & Gignac M. 2008. "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*. Vol. 70, No 3, 305–314. Viitattu 17.2.2020.

Carr, J. & Shepherd, R. 2010. *Neurological Rehabilitation. Optimizing Motor Performance*. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Forsbom, M-B.; Kärki, E.; Leppänen, L. & Sairanen, R. 2000. *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Helsinki: Tammi.

Geyh, S.; Cieza, A.; Schouten, J.; Dickson, H.; Frommelt, P.; Omar, Z.; Kostanjsek, N.; Ring, H. & Stucki, G. 2004. "ICF Core Sets for stroke". *Journal of Rehabilitation Medicine*. Vol. 36. Supplement 44, 135-141.

Gustafsson, L. & Bootle, K. 2013. Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. Vol. 35. No 16, 1380-1386.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Jehkonen, M.; Kettunen, J.; Laihosalo, M.; & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect oire. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 12.2.2020 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/14/duo96618>

- Jehkonen, M.; Yliranta, A.; Rasimus, S. & Saunamäki, T. 2013. Neglect-oire aivoverenkierron häiriön jälkeen-potilaan neuropsykologinen kuntoutus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.2.2020 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10858>
- Jokelainen, L. & Jokelainen, M. 2000. Työntöoireyhtymä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 25.2.2020 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/2/duo91292>
- Kallanranta, T.; Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kalra, L.; Evans, A.; Perez, I.; Melbourn, A.; Patel, A.; Knapp, M. & Donaldson, N. 2004, "Training carers of stroke patients: randomised controlled trial". BMJ. Vol. 328, No 7448.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä – kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu JAMK.
- Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. 2012. Neurologia. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kauranen, K. 2018. Fysioterapeutin käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kim, HJ.; Lee, Y. & Songh, KY. 2013. Effects of Bilateral Passive Range of Motion Exercise on the Function of Upper Extremities and Activities of Daily Living in Patients with Acute Stroke. J. Phys. Ther. Sci. 2014. Vol. 26, 149-156. Viitattu 15.2.2020.
- Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. 2012. Viitattu 31.3.2020 www.omaishoitajakuntoutus.info > toimintamalli > ydinpalvelut > ohjaus ja neuvonta > ergonomian ohjaus <http://omaishoitajakuntoutus.info/toimintamalli/ydinpalvelut/ohjaus-ja-neuvonta/ergonomian-ohjaus>
- Leibovitz, A.; Baumohl, Y.; Roginsky, Y.; Glick, Z.; Habot, B.; & Segal, R. 2007. Edema of the paretic hand in elderly post-stroke nursing patients. Archives of Gerontology and Geriatrics. Vol. 44, No 1, 37–42. Viitattu 15.2.2020.
- Lim, K. M.; Jung, J. & Shim, S. 2016. The effect of bilateral trainings on upper extremities muscle activation on level of motor function in stroke patients. Journal of Physical Therapy Science. No 28(12), 3427–3431. Viitattu 2.4.2020.
- Lindgren, I.; Jönsson, AC.; Norrving, B. & Lindgren, A. 2007. Shoulder pain after stroke. A prospective Population-Based Study. American Heart Association. Vol. 38, No 2, 334-348. Viitattu 16.2.2020.
- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilas ohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 7.2.2020 <https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>
- McHugh Pendleton, H. & Schultz-Krohn, W. 2018. Pedretti's Occupational therapy. Practice skills for physical dysfunction. 8th edition. Missouri: Elsevier.

- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 9.2.2020 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514255550.pdf>
- Ramachandran, V. S.; Altschuler, E. L.; Stone, L.; Al-Aboudi, M.; Schwartz, E.; & Siva, N. 1999. Can mirrors alleviate visual hemineglect? Medical Hypotheses. Vol 52, No 4, 303–305. Viitattu 12.2.2020.
- Sahinoja, H. 2013. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden tasapainoharjoittelun vaikuttavuus RCT-tutkimusten perusteella. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.2.2020 https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/41679/5/URN_NBN_fi_jyu-201306031882.pdf
- Salon kaupunki. Terveyskeskussairaala. Viitattu 14.9.2019. www.salo.fi > sosiaali- ja terveyspalvelut > terveysterveyst > sairaalat > terveyskeskussairaala
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.11.2020 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Salonen, M. 2010. Asiakkaana vaikeasti aivovammainen: Vammautuneen ja omaisen kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 11.1.2020 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23793/gradu_MSa_korjattu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. 2006. Motor control. Translating research into clinical practice. 3. edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singh-Curry, V. & Husain, M. 2010. Rehabilitation in practice: Hemispatial neglect: Approaches to rehabilitation. Clinical Rehabilitation. Vol. 24, No 8, 675-84. Viitattu 8.2.2020.
- Sommerfeld, DK., Gripenstedt, U. & Welmer, AK. 2012. Spasticity after stroke: an overview of prevalence, test instruments and treatments. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol. 91, No 9, 814-820. Viitattu 25.1.2020.
- Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. Eettinen toimikunta. Viitattu 2.4.2020. https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapeutin_Eettiset_Ohjeet_2014.pdf
- Tamminen, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa: kolmen siirtomenetelmän vertailu. Viitattu 1.4.2020 https://www.researchgate.net/publication/270884897_Hoitajan_fyysinen_kuormittuminen_potilaan_siirtymisen_avustamisessa_kolmen_siirtomenetelman_vertailu

Tamminen-Peter, L.; Moilanen, A. & Fagerström, V. 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitolalla. Tampere: Tammerprint Oy.

Tays. Aivoverenkiertohäiriöpotilas ja kommunikaatiovaikeudet. 2018. Viitattu 25.3.2020 www.tays.fi > ohjeet > hoito-ohjeet > Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus > Aivoverenkiertohäiriöpotilas ja kommunikaatiovaikeudet

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työterveyslaitos. Potilassiirrot. Viitattu 1.4.2020 <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/>

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon- saanti päivystyspoliklinikalla. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede Tampereen yliopisto Väitöskirja. Viitattu 10.2.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9432-1>

Visser-Meily, A.; Post, M.; Gorter, J.W.; Berlekom, S.B.V.; Van Den Bos, T. & Lindeman, E. 2006. "Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach". Disability and Rehabilitation. Vol. 28, No 24, 1557-1561. Viitattu 19.2.2020.

Avusta aktivoiden- opas AVH- potilaan omaiselle kuntoutumisen tueksi



Sisällysluettelo

Sinulle – AVH potilaan omainen.....	3
AVH – mikä se on?	4
Aivoverenkiertohäiriön moninaiset oireet	5
Mitä sinä voit tehdä? – omaisen rooli toimintakyvyn ylläpysymisessä.....	7
Afaattisen henkilön kanssa kommunikointi	8
Neglect-oireisen toiminnan tukeminen arjessa	10
Aktivoi turvallisesti – siirtymisten ja liikkumisen avustaminen	14
Halvaantuneen yläraajan käsittely	16
Mieli harjoittelun tukena.....	18

Sinulle – AVH potilaan omainen

Aivoverenkierron häiriöön sairastumisella voi olla vakavia seurauksia potilaan fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Nämä seuraukset eivät kuitenkaan pelkästään kosketa sairastunutta vaan myös hänen omaisiaan.

Tämä opas on tehty auttamaan **sinua**, aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan omaista, sairaalasta kotiutumisen kynnyksellä. Oppaan tarkoitus on lisätä omaisten tiedollista osaamista sekä antaa omaisille konkreettisia työkaluja siihen, mitä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksessa tulee huomioida ja miten kuntoutus tuodaan sairaalaympäristöstä kotiin.

Tämän oppaan avulla saat työkaluja muun muassa siihen, mitä kodin muutostarpeita olisi hyvä tehdä ja miten lisäät AVH-potilaan omaa aktiivisuutta hänen liikkumisessaan ja päivittäisissä toiminnoissaan ottaen huomioon myös oman jaksamisesi.

Omaisten tulee ehdottomasti välttää tekemästä arjen asioita potilaan puolesta, vaan potilasta itseään tulisi aktivoida erilaisin keinoin mahdollisimman paljon. Tästä oppaasta saat konkreettisia työkaluja ja erilaisia keinoja AVH-potilaan itsensä aktivoimiseen.

AVH – mikä se on?

Läheistänne on kohdannut äkillinen elämänmuutos ja hän on sairastunut aivoverenkiertohäiriöön. Aivoverenkiertohäiriöistä puhutaan lyhenteellä AVH ja niihin luetaan kaksi erityyppistä tilaa aivoissa: aivokudoksen verettömyys eli iskemia, joka on seurausta aivoinfarktista ja paikallinen aivovaltimon verenvuoto eli hemorragia, joka on seurausta verisuonen seinän repeämisestä.

On tärkeää, että vuodon tai infarktin etiologia on selvillä, koska sillä on tärkeä merkitys pyrittäessä estämään sairauden uusiutuminen.

Aivoinfarkti

Aivoverisuonitukos, jonka seurauksena osa aivokudoksesta jää ilman happea ja aivokudos menee kuolioon.

Aivoverenvuoto

Aivoverisuonen seinämän repeämisen seurauksena syntyvä vuoto aivokudokseen.

TIA-kohtaus

Ohimenevä iskeeminen kohtaus, jonka oireet ovat samankaltaiset kuin aivoinfarktissa. Oireet ovat kestoaltaan n. 2-15 minuuttia.

Aivoverenkiertohäiriön moninaiset oireet



Osa toipuu aivoverenkiertohäiriöstä lähes ennalleen, mutta osalle jää pysyviä ja pitkäaikaisia oireita, jotka vaikuttavat itsenäiseen toimintakykyyn monella eri tavalla.

Muutokset toimintakyvyssä riippuvat siitä missä kohtaa aivoja vaurio sijaitsee ja kuinka laaja se on. Muutokset läheisesi toimintakyvyssä saattavat olla helposti ulkoisesti havaittavissa tai vaikeammin arvioitavia mielentilan ja vireystason muutoksia. Nämä muutokset ilmenevät läheisesi arjen perustoiminnoissa ja lisäävät hänen avuntarvettaan. Seuraavaksi kerrotaan lyhyesti oireista, joita saatat läheiselläsi tunnistaa.

Hemipareesi

Hemipareesi on kehon osittainen toispuolihalvaus. Se on yleisin ja näkyvin aivoverenkiertohäiriön oire, joka esiintyy aivovaurion vastakkaisella puolella kehoa. Hemipareesissa yleisesti potilaan yläraaja on halvaantunut selvemmin kuin alaraaja ja sen kuntoutus on haasteellisempaa.

Neglect

Neglect eli huomiotta jääminen tarkoittaa kyvyttömyyttä havaita, reagoida ja orientoitua vaurioituneeseen aivopuoliskoon nähden vastakkaiselta puolelta tuleviin ärsykkeisiin sekä ympäristöön. Sitä esiintyy useilla aistialueilla: näkö, tunto ja kuulo. Neglect voi koskea myös potilaan omaa

Afasia

Afasia on puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö, joka vaikeuttaa puheen sekä luetun tekstin ymmärtämistä ja tuottamista. Usein se aiheuttaa sosiaalisen kanssakäymisen vähenemistä ja sosiaalisista suhteista syrjäytymistä. Afasian ilmenemismuoto on aina yksilöllinen ja siitä kuntoutuminen riippuu aivojen vaurion sijainnista, laajuudesta, vaikeusasteesta sekä psyykkisistä tekijöistä. Kuntoutuminen vaatii hyvää motivaatiota, monia toistoja ja läheisten tukea sekä ymmärrystä.

Apraksiat

Apraksiat eli tahdonalaisten liikkeiden häiriöt aiheuttavat potilaalle vaikeuksia tahdonalaisen toiminnan ja liikkeiden suorittamisessa, vaikka siihen tarvittava lihasvoima löytyisikin. Ongelma voi esiintyä käytännössä siten, ettei potilas ohjattuna ja pyydettyä onnistu toiminnon suorittamisessa, mutta automaattinen suoritus voikin onnistua.

Agnosiat

Agnosia on tunnistamisen häiriö, jossa potilaan on vaikea tunnistaa tuttuja esineitä ja tietää niiden käyttötarkoitusta. Potilas saattaa esimerkiksi viedä hiusharjan suuhun hiusten harjaamisen sijaan. Agnosioihin kuuluu myös potilaan sairautentunnottomuus, jossa potilaan on vaikea tunnistaa tilaansa ja oireitaan.

Mitä **sinä** voit tehdä? – omaisen rooli toimintakyvyn ylläpysymisessä



Sinä, omainen, saat kunnian olla mukana AVH-potilaan päivittäisessä elämässä sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja osallistua päivittäisten toimintojen tekemiseen yhdessä potilaan kanssa. Autat häntä liikkumisen ja päivittäisten toimintojen avustamisen lisäksi myös ajan ja ajankohtaisten asioiden seuraamisessa muun muassa lehtien lukemisen kautta.

AVH-potilaiden avun tarve jokapäiväisessä elämässä toimintakyvyn muutoksen jälkeen on suurta ja omaiset ovat paitsi **konkreettisen avun** myös **sosiaalisen tuen lähde**. Potilaan sinulta saama tuki voi muuttaa hänen näkemystään tilastaan ja sen on todettu lisäävän potilaan sitoutumista ja sopeutumista hoitoon sekä vähentävän myös muuttuneen elämäntilanteen aiheuttamia haitallisia kokemuksia. Lisäksi läheisiltä saadulla emotionaalisella tuella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia AVH-potilaan uuden oppimisen ja yksinäisyyden poistamisen kannalta.

Tilanne on uusi ja sairaalassa saatu ohjaus ei välttämättä ole suoraan sovellettavissa kotiympäristöönne. Tilojen ahtaus, huonekalujen erilaisuus sekä niiden sijainti saattavat aiheuttaa haasteita. Tämän oppaan tarkoitus on luoda keinoja, ratkaisuja ja esimerkkejä siihen miten kotiympäristöä voi muokata AVH-potilaan tarpeisiin sopivammaksi.

Afaattisen henkilön kanssa kommunikointi

Luo keskustelutilanteesta rauhallinen ja minimoi ympäristön häiriötekijät.



Suuntaa puheesi afaattiselle henkilölle **katsekontaktin ja kosketuksen avulla**



Jos kyseessä on aikuinen, **kohtele häntä ja puhu hänelle niin kuin aikuiselle**



Käytä yksinkertaisia **kyllä- tai ei-kysymyksiä** ja etene kysymyksissäsi loogisesti



Käyttäkää keskustelun apuna kirjoitettuja kirjaimia, sanoja tai kuvia, joita voitte tarvittaessa **osoittaa**



Hyödyntäkää puheen tukena ympäristön asioita ja esineitä osoittamalla niitä



Kerro rehellisesti, jos et ymmärrä mitä läheisesi yrittää sinulle sanoa



Varmista ja toista ääneen ymmärtämäsi asia



Älä korjaa virheitä



Anna afaattiselle läheisesi aikaa muodostaa sanoja, älä keskeytä tai arvaile liian aikaisin

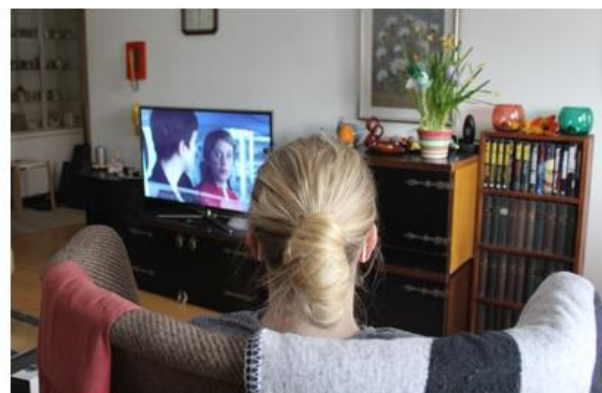
Neglect-oireisen toiminnan tukeminen arjessa

Seuraavilla ohjeilla voit tukea sairastuneen läheisesi toipumista ja kuntoutumista neglectistä eli huomiotta jäämisen häiriöstä. Pyrkimyksenä on, että systemaattisella huomion suuntaamisella heikommalle (vasemmalle) puolelle läheisesi oppii itsenäisesti havainnoimaan ympäristöään tasapuolisesti ja toimimaan arjessa mahdollisimman turvallisesti ja itsenäisesti.

Ympäristö

Järjestä huonekalut siten, että ympäristö tarjoaa ärsykeitä potilaan havaintokentän vasemmalta puolelta.

Aseta olohuoneessa nojatuoli/sohva television suhteen oikealle siten, että ärsykkeet tulevat havaintokentän vasemmalta puolelta.



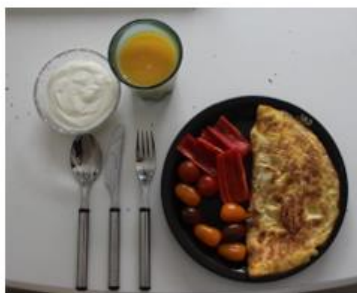
Aseta kirkkaan värisiä teippejä tai tarroja ovenkarmeihin ja huonekaluihin, joihin läheisesi saattaa törmätä. Näin voit tehostaa niiden huomiointia ja huomiotta jäämisestä kärsivä läheisesi oppii ajan myötä automaattisesti varomaan ympäristön esteitä. Voit myös merkitä esimerkiksi pyörätuolin vasemman jarrun värikkäällä teipillä sen löytämisen tehostamiseksi.



Aseta kodin tarpeelliset tavarat hyllyjen ja pöytien vasemmalle puolelle huomiotta jäävän puolen havainnoinnin lisäämiseksi.

Ruokailu

Ruokaillessa aseta aterimet ja muut ruokailuvälineet lautasen vasemmalle puolelle.



11

Mikäli läheisesi jättää ruoan syömättä lautasen vasemmalta puolelta; välttä lautasen kääntämistä. Ohjaa hänet sen sijaan etsimään syömättä jäänyt ruoka ja jatkamaan ruokailua.

Lukeminen

Läheisesi lukiessa esimerkiksi kirjaa tai lehteä saatat huomata, että vasemmalle jäävät sanat ja lauseet jäävät puuttumaan. **Auta häntä asettamalla kirkkaan väriinen merkki luettavan kappaleen vasempaan reunaan** huomioimisen vahvistamiseksi.



Voit aktivoida huomiotta jäävään havaintokentän havainnointia viemällä kirjan näkökentän keskelle tai kevyesti vasemmalle, näin ollen läheisesi täytyy kääntää päätään vasemmalle nähdäkseen luettavan tekstin.

Myös sormella tekstin seuraaminen helpottaa pitkien lauseiden lukemista.



12

Pukeutuminen

Pukeutumisessa vasen hiha ja housun lahje jäävät helposti pukematta. **Ohjaa läheistäsi pukemaan ensin huomiotta jäävä puoli esimerkiksi peilin avulla.**

Toispuolihalvauksesta kärsivällä pukeutumisen avustaminen tapahtuu myös halvaantunut puoli edellä.

Pukeutuminen on suositeltavaa tehdä joko tuolissa tai pyörätuolissa tukevasti istuen.

Kommunikointi

Kommunikoidessasi läheisesi kanssa **lähesty häntä vasemmalta puolelta ja sijoitu keskustellessasi vasemmalle puolelle.** Voit tehostaa vuorovaikutusta myös kevyen kosketuksen avulla esimerkiksi halvaantuneeseen yläraajaan.

Aktivoi turvallisesti – siirtymisten ja liikkumisen avustaminen

Mikäli läheisesi kärsii toispuolihalvauksesta, hän todennäköisesti tarvitsee sinun apuasi siirtymisissä ja liikkumisessa. Tässä muutamia tärkeitä ohjeita läheisesi fyysiseen avustamiseen siten, että toimit sekä oman että läheisesi terveyden kannalta turvallisesti.

Varmista ympäristön turvallisuus ja riittävästi tilaa siirtymiseen.

Kerro läheisellesi, mitä hän tekee ja miten sinä häntä autat.

Anna läheisellesi tarpeeksi aikaa aktivoida omat lihaksensa ja odota että hän itse aloittaa liikkeen.

Älä tartu läheistäsi halvaantuneen yläraajan kainalosta tai vaatteista.

Ohjaa liikettä kämmenotteella lantiosta, selästä tai sieltä mistä liike näyttää juuttuvan.

Anna läheisesi tukeutua esimerkiksi tuoliin tai sängyn pätyyn, tämä lisää hänen turvallisuuden tunnettaan ja vähentää avustamisen kuormitusta.

Työskentele läheisesi sivulla ja liiku painonsiirron avulla, vältät näin selkäsi kuormitusta ja turhaa kumartelua.

Nostamisen sijaan rullaa tai kampea.

Hyödynnä olemassa olevia siirtymisen ja liikkumisen apuvälineitä, joiden käyttöön saat ohjausta osastolta ja apuvälinelainaamosta

Halvaantuneen yläraajan käsittely

AVH-potilailla esiintyy raajojen käyttämättömyydestä johtuvaa koukistus- ja ojennussuuntaista liikerajoitusta, joka johtaa herkästi lihasten lyhenemiseen ja nivelkontraktuurien muodostumiseen. **Erilaiset virheasennot vähentävät raajan toiminnallista käyttöä päivittäisissä toimissa**, kuten esimerkiksi raajaan tukeutumista siirtymisten yhteydessä tai yläraajalla esineisiin tarttumista.

Halvaantunut yläraaja on altis vammautumiselle ja erilaisille kiputiloille, jotka voivat syntyä taitamattoman käsittelyn seurauksena. Seuraavaksi muutamia ohjeita halvaantuneen yläraajan käsittelyyn ja kuntoutumisen tukemiseen.



Tue halvaantunut yläraaja istuessa tyynylle/käsinojalle vartalon viereen n. 90 asteen



Vältä yläraajan tukemista syliin tyynyllä siten, että olkanivel on sisäkierrossa ja kyynärnível koukussa



Selinmakuulla tue yläraaja tyynyllä vartalon vierelle mahdollisimman suoraksi



Älä vedä yläraajasta esimerkiksi pukemista tai liikkumista avustaessasi



Halvaantunut yläraaja tuettuna tyynylle vartalon viereen.

Mieli harjoittelun tukena

Mielikuvaharjoittelua kannattaa käyttää apuna arjen toiminnoissa ja sinun kannattaa aktivoida potilasta siihen, sillä se kuormittaa ja harjoituttaa samoja anatomisia rakenteita ja fysiologisia prosesseja kuin varsinainen fyysinenkin harjoittelu. **Myös mallina toimiminen erilaisissa arjen toiminnoissa on avuksi AVH-potilaalle**, sillä se aktivoi hänen aivoissaan olevia peilisoluja, jotka tuottavat hänelle mielikuvia liikkeistä. **Näytä siis rohkeasti mallia** ja pyri pitämään liikkeesi yksinkertaisina ja selkeitä.

Mielikuvaharjoittelu on tärkeää toimintojen uudelleen muodostamisen kannalta ja siinä sinä voit toimia hänelle suurena apuna näyttämällä mallia ja esimerkkiä sekä aktivoimalla potilasta mielikuvaharjoitteluun fyysisen harjoittelun ohella.



Optimaalisen harjoitteluvaikutuksen saavuttamiseksi mielikuvaharjoittelua tulisi tehdä keskittyneesti 5-15 min. kerrallaan

Suosi positiivisia ja toivottuja tapahtumia, sillä ne edistävät onnistumista

Esimerkiksi kun näytät mallia porraskävelystä, sanoita mallisuorituksesi positiivisilla mielikuvilla.



"Kävele portaat alas."



"Älä kaadu portaissa!"

Näin läheisellesi syntyy mielikuva onnistuneesta suorituksesta, sen sijaan että varoittaisit häntä kaatumasta portaissa, joka muodostaisi negatiivisen mielikuvan.

Lisätietoja aivoverenkiertohäiriöistä saatavilla:

Aivoliitto > Aivoverenkiertohäiriö www.aivoliitto.fi

Terveyskylä > Aivotalo www.terveyskyla.fi

Tekijät: Routasuo Suvi & Suvanto Vilma

Fysioterapeuttiopiskelijat Turun AMK

